ধাত্রী-বিদ্যা।

লক্ষণ-তত্ত্ব, ম্যালেরিয়া প্রভৃতি গ্রন্থের প্রণেতা

শ্রীরাজেন্দ্রচন্দ্র মিত্র, এল, এম, এস,

কর্ত্তৃক প্রণীত।

দ্বিতীয় সংস্করণ।

পরিবর্দ্ধিত ও পরিশোধিত।

---

৯২ নং বহুবাজার ষ্ট্রীট "বরাট প্রেসে"
শ্রীকিশোরীমোহন সেন দ্বারা মুদ্রিত এবং
ইডন্ হস্পিটাল ফার্ষ্ট লেন, ৮ নং বাটী, হইতে
শ্রীনিত্যনাথ মিত্র দ্বারা প্রকাশিত।

কলিকাতা।

১২৯৭ সাল।

স্নেহভাজন,

বাঙ্গালা মেডিকেল স্কুলের ছাত্রবৃন্দের

হস্তে

আন্তরিক প্রীতির নিদর্শন স্বরূপ,

ধাত্রী-বিদ্যা

উৎসর্গ করিলাম।

শ্রীরাজেন্দ্রচন্দ্র মিত্র।

সূচী।

পৃষ্ঠা।

চতুর্থ অধ্যায়।

গর্ভাধান ও ওভামের ক্রমস্ফুরণ।

পঞ্চম অধ্যায়।

সসত্ত্ব-অবস্থা।

ষষ্ঠ অধ্যায়।

গর্ভের চিহ্ন ও লক্ষণাবলি।

সপ্তম অধ্যায়।

অষ্টম অধ্যায়।

গর্ভকালীন পীড়া ও তাহার চিকিৎসা-প্রণালী।

নবম অধ্যায়।

ভ্রূণ ও ঝিল্লি সমুদায়ের পীড়া।

দশম অধ্যায়।

গর্ভস্রাব ও অকাল প্রসব।

একাদশ অধ্যায়।

প্রসব-প্রক্রিয়া।

দ্বাদশ অধ্যায়।

শিরঃপ্রাগবতরণে প্রসব কৌশল।

ত্রয়োদশ অধ্যায়।

স্বাভাবিক প্রসবের চিকিৎসা-প্রকরণ।

চতুর্দ্দশ অধ্যায়।

"ফেস্‌-প্রেজেণ্টেশন" বা মুখপ্রাগবতরণ।

পৃষ্ঠা।

ষড়্‌বিংশ অধ্যায়।

"ভার্ষণ" বা বিবর্ত্তন।

সপ্তবিংশ অধ্যায়।

ফর্সেপ্স।

অষ্টাবিংশ অধ্যায়।

ভ্রূণহন্তারক শস্ত্রোপচার।

ঊনত্রিংশ অধ্যায়।

সিজরিয়ন সেক্‌শন।

ত্রিংশ অধ্যায়।

সূতিকাবস্থা এবং ইহার চিকিৎসা-প্রকরণ।

পৃষ্ঠা।

পৃষ্ঠা।

চিত্রের সূচী।

পৃষ্ঠা।

ধাত্রী-বিদ্যা।

সূচনা।

যে বিজ্ঞান ও শিল্পশাস্ত্র দ্বারা সসত্ত্ব, প্রসব ও সূতিকাবস্থায় শিশু ও জননীর বিষয়ে শিক্ষা, এবং চিকিৎসা-প্রকরণে জ্ঞান ও পারদর্শিতা লাভ করিতে পারা যায়, তাহাকে ধাত্রীবিদ্যা কহে। প্রসবকালে সাহায্য-প্রদানের ভার পূর্ব্বে ধাত্রীদিগের হস্তে সম্পূর্ণ ন্যস্ত ছিল, এইজন্য ইহা ধাত্রীবিদ্যা নামে অভিহিত হইয়াছে। ধাত্রীবিদ্যার ক্রমিক উৎকর্ষসাধনে ইহা এক্ষণে বিজ্ঞান ও শিল্প শাস্ত্রে পরিণত হইয়া চিকিৎসা-শাস্ত্রের একটী প্রধান শাখারূপে পরিগণিত হইয়াছে। আজিও অনেক দেশে স্ত্রীলোকদিগের সাহায্যে প্রসবকার্য্য অনেক পরিমাণে সাধিত হইয়া থাকে। অনেক সময় এই কার্য্যে চিকিৎসকের সহায়তা আবশ্যক হয় না; সুদক্ষা ও পারদর্শিনী ধাত্রী অথবা পরিচারিকা দ্বারা ইহা সম্পাদিত হইয়া থাকে। গণনা দ্বারা স্থিরীকৃত হইয়াছে যে, ইয়োরোপে শতকরা ২০টী প্রসবকার্য্যে চিকিৎসকের সাহায্য বা তত্ত্বাবধারণ আবশ্যক হয়; অবশিষ্ট ৮০টী ধাত্রী অথবা পরিচারিকা দ্বারা সম্যক্‌রূপে সম্পাদিত হইয়া থাকে। অস্মদ্দেশে বিশেষ আবশ্যক না হইলে চিকিৎসক প্রায়ই সূতিকাগারে আহূত হয়েন না। তিনি সূতিকাগৃহে প্রবেশ করিয়া অনেক সময় দেখেন যে, শিশুর বা মাতার কিম্বা উভয়েরই জীবন সঙ্কটাপন্ন। এরূপ স্থলে প্রতি মুহূর্ত্তই অতীব মূল্যবান্; অতি অল্প সময়ের মধ্যেই স্বীয় জ্ঞান প্রত্যুৎপন্নমতি ও দক্ষতার সাহায্যে তাঁহাকে কার্য্যোদ্ধার করিতে হয়। তৎকালে অন্য চিকিৎসকের সাহায্য অবশ্য প্রয়োজনীয় হইলেও অনেক সময় তাহা তিনি প্রাপ্ত হয়েন না এবং

প্রায়ই তজ্জন্য অপেক্ষা করিতে পারেন না। এইজন্য এই দেশের প্রত্যেক চিকিৎসকেরই ধাত্রীবিদ্যায় পারদর্শিতা লাভ করা একান্ত কর্ত্তব্য।

ধাত্রীবিদ্যা শিক্ষা করিতে হইলে শিক্ষার্থির অগ্রে বস্তিগহ্বর ও জননেন্দ্রিয় সম্বন্ধে সম্যক্ জ্ঞান থাকা আবশ্যক। এই সকল বিষয়ের জ্ঞান ধাত্রীবিদ্যার প্রকৃত ভিত্তি বলিয়া পরিগণিত হইতে পারে। কিন্তু ধাত্রীবিদ্যা শিখিবার পূর্ব্বে ছাত্রেরা শারীরস্থান-বিদ্যা শিক্ষা করিয়া থাকেন। এইজন্য এই সকল বিষয়ের আনুপূর্ব্বিক সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম বিবরণ ধাত্রীবিদ্যা গ্রন্থে নিষ্প্রয়োজন। তবে ধাত্রীবিদ্যার সহিত ইহাদের যে কিছু সম্বন্ধ আছে, তাহা সম্যক্‌রূপে বুঝাইবার জন্য যে সকল বিষয়ের বিবরণ আবশ্যক, এস্থলে তাহাই সন্নিবেশিত করিতে চেষ্টা করা যাইতেছে।

প্রথম অধ্যায়।

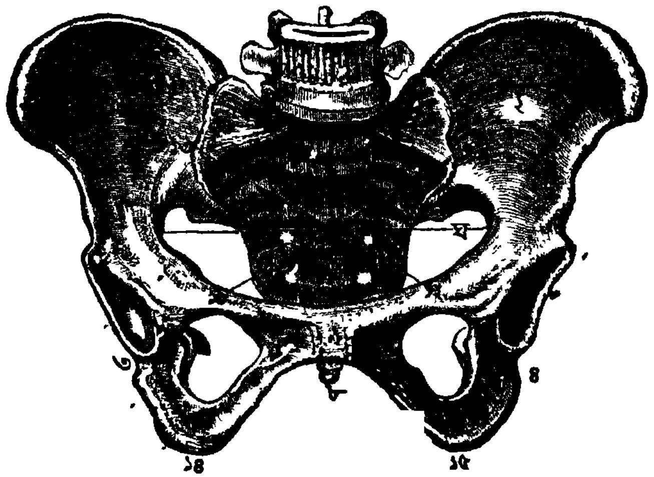
বস্তি।

মেরুদণ্ড ও অধঃশাখাদ্বয়ের মধ্যবর্ত্তী অস্থিময় গহ্বরকে পেল্‌ভিস বা বস্তিগহ্বর বলা যায়। বস্তিগহ্বর,—সেক্রম, কক্‌সিক্‌স ও অস-ইনমিনেটাম-দ্বয়,—এই চারিখানি অস্থি দ্বারা গঠিত। অস-ইনমিনেটা এই গহ্বরের সম্মুখ ও পার্শ্ব প্রাচীর এবং সেক্রম ও কক্‌সিক্‌স ইহার পশ্চাৎ প্রাচীর নির্ম্মাণ করিয়াছে।

অস-ইনমিনেটাম অস্থি দেখিতে ইর্‌রেগুলার বা বিষম। ইহা ইলিয়ম, ইস্কিয়ম ও পিউবিস্‌ এই তিনটী ভিন্ন ভিন্ন অংশে বর্ণিত হইয়া থাকে। এই তিনটী অংশ বাল্যকালে পৃথক্‌ থাকে; তাহার পর কার্টিলেজ বা উপাস্থি দ্বারা ইহাদের পরস্পরের সংযোগ সাধিত হয়, সেই উপাস্থি পরে প্রকৃত অস্থিতে পরিণত হইয়া থাকে। এরূপ সংযোগ ও পরিণতি সচরাচর ২০।২১ এবং কখন কখন ২৩।২৫ বৎসর বয়সে ঘটিয়া থাকে। অস-ইনমিনেটামের বাহ্য প্রদেশে কটিলয়েড ক্যাভিটি নামে একটী গহ্বর আছে; এইস্থানে ইলিয়ম, ইস্কিয়ম ও পিউবিস্‌ এই অস্থিত্রয় মিলিত হইয়াছে। ইলিয়ম অস্থি এইস্থান হইতে ঊর্দ্ধ ও পশ্চাদ্‌ ভাগে বিস্তৃত এবং পশ্চাতে সেক্রমের সহিত সংযুক্ত। সেক্রম ও ইলিয়মের এই সংযোগকে সেক্রো-ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিস্‌ কহে। ইস্কিয়ম এসিটাবিউলাম হইতে নিম্নভাগে বিস্তৃত হইয়া একটী বৃহৎ টিউবারসিটি—ইস্কিয়াল্‌ টিউবারসিটি—নির্ম্মাণ করিয়াছে এবং পুনরায় সম্মুখ ও অভ্যন্তর ভাগে একটী শাখারূপে অগ্রসর হইয়াছে। এই শাখা পিউবিসের নিম্নগামী শাখার সহিত মিলিত হইয়া অবটুরেটর ফোরেমেন নামক একটী বৃহৎ ছিদ্র নির্ম্মাণ করে। অবটুরেটর

ফোরেমেন, অবটুরেটর মেম্ব্রেণ নামক একটী তান্তব ঝিল্লি দ্বারা আচ্ছাদিত। পিউবিস্ এসিটাবিউলাম হইতে উত্থিত হইয়া সম্মুখ ও অভ্যন্তর দিকে বিস্তৃত রহিয়াছে, পরে নিম্ন ও বহির্ভাগে অগ্রসর হইয়া ইস্কিয়মের শাখার সহিত মিলিত হইয়াছে। পিউবিসের এই প্রথম অংশটিকে বডি বা হোরাইজণ্টাল রেমস্ (শাখা) ও নিম্ন অংশটাকে ডিসেণ্ডিং রেমস্ বলা যায়।

১ চিত্র।



বস্তি।

১, ২ ইলিয়মদ্বয়, ৩, ৪ ইস্কিয়মদ্বয়, ৫, ৬ পিউবিসের শাখাদ্বয়, ৭ সেক্রম, ৮ কক্সিক্স্, ৯ সিম্ফিসিস পিউবিস, ১০, ১১ দক্ষিণ ও বাম ইলিও পেক্টিনিয়াল এমিনেন্স, ১২, ১৩ বাম ও দক্ষিণ সেক্রো ইলিয়াক সিম্ফিসিস্, ১৪, ১৫ ইলিয়াক টিউবারসিটিদ্বয়। ক ব্রিমের কঞ্জুগেট, খ বাম তির্য্যক, গ দক্ষিণ তির্য্যক্, ঘ অনুপ্রস্থ ব্যাস।

দুই পার্শ্বের পিউবিক অস্থি সম্মুখে মিলিত; ইহাদের সংযোগস্থল কার্টিলেজ ও দৃঢ় বন্ধনী দ্বারা সংবদ্ধ। এই সন্ধিকে সিম্ফিসিস পিউবিস কহে। পিউবিসের সিম্ফিসিস্ ও ইহার নিম্ন শাখা এবং ইস্কিয়মের শাখা দ্বারা পিউবিক আর্চ্চ গঠিত। সিম্ফিসিস্ ও ঐ আর্চ্চের উপর বাহ্য জননেন্দ্রিয় সমূহ প্রধানত সংস্থাপিত আছে।

ইলিয়ম ও ইস্কিয়মের সংযোগস্থল একটী উচ্চ রেখা দ্বারা সংবদ্ধ, ইহাকে ইলিও-পেক্‌টিনিয়াল রেখা বলা যায়। এই রেখা সম্মুখভাগে পিউবিসের উপর দিয়া আসিয়া ইহার স্পাইনে শেষ হইয়াছে। এই রেখা দ্বারা বস্তিদেশ প্রকৃত ও অপ্রকৃত বস্তিদ্বয়ে বিভক্ত। যেস্থলে পিউবিস্ ও ইলিয়ম মিলিত হইয়াছে, অস-ইনমিনেটামের অভ্যন্তর প্রদেশের সেই স্থল অপেক্ষাকৃত উচ্চ, ইহাকে ইলিও-পেক্টিনিয়াল এমিনেন্স বা উৎসেধ কহে। ইলিয়মের পশ্চাৎ প্রান্তের মধ্যস্থলের কিঞ্চিৎ নিম্নে একটী সরু ত্রিকোণ উচ্চতা আছে, ইহা ইলিয়মের স্পাইন নামে অভিহিত হইয়া থাকে। এই স্পাইনের সহিত প্রসব-প্রক্রিয়ার বিশেষ সম্বন্ধ আছে।

সেক্রম।—ইহা একটী বৃহৎ ত্রিকোণবিশিষ্ট অস্থি। ইহা একটী কীলকের ন্যায় অসা-ইনমিনেটার মধ্যস্থলে সংস্থিত। এই অস্থি শৈশবে পাঁচটী পৃথক্ পৃথক্ অংশে বিভক্ত থাকে; ১৪।১৫ বৎসরে ইহাদের অস্থিময় সংযোগ আরম্ভ হয় এবং প্রায় ২৫ বৎসর বয়ঃক্রমকালে সেক্রম একখানি পূর্ণ অস্থিতে পরিণত হইয়া থাকে। সেক্রম দেহের ঊর্দ্ধ ও সম্মুখ হইতে অধ ও পশ্চাদ্‌ভাগে সংস্থাপিত। ইহার মূল কটিদেশের শেষ কশেরুকার সহিত মিলিত হইয়া সংযোগস্থলে একটী উচ্চতা উৎপাদন করিয়া থাকে। ইহাকে সেক্রমের প্রমণ্টরি বা সেক্রোভার্টিব্রাল কোণ কহে। সেক্রমের পার্শ্ব প্রদেশদ্বয় অসা-ইনমিনেটার সহিত সেক্রো-ইলিয়াক সন্ধিদ্বারা সংবদ্ধ, এই অস্থিখানির গঠন বক্র, ইহার পশ্চাৎ প্রদেশ ঊর্দ্ধাধোভাবে কন্‌ভেক্‌স বা কুব্জ এবং ইহার সম্মুখ প্রদেশ কন্‌কেভ বা ন্যুব্জ; অনুপ্রস্থভাবে ইহা সম্মুখেও অল্প পরিমাণে কন্‌কেভ। ইহার মধ্যদেশে চারিটী অনুপ্রস্থ রিজ বা আলি দেখিতে পাওয়া যায়। এই রিজগুলি সেক্রমের কশেরুকাগুলির সংযোগস্থল। ইহাদের মধ্যে প্রথম রিজটী কোন কোন স্থলে এত উচ্চ হইয়া থাকে যে, অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা-কালে ইহাকে সেক্রমের প্রমণ্টরি বলিয়া ভ্রম হইবার সম্ভাবনা।

কক্‌সিক্‌স।—সেক্রমের অগ্রভাগে এই অস্থি সংস্থিত। ইহা দেখিতে ত্রিকোণ। বাল্যাবস্থায় সচরাচর ইহা চারি খণ্ডে—কখন কখন পাঁচ খণ্ডে বিভক্ত থাকে। পরে অধিক বয়সে ইহা মিলিত হইয়া একখানি অস্থিতে

পরিণত হয়। এই অস্থি সেক্রমের সহিত এরূপ ভাবে সংযুক্ত যে, সম্মুখ ও পশ্চাদ্ভাগে চালিত হইতে পারে। এইজন্য প্রসবকালে অভ্যন্তরীণ চাপে ইহা পশ্চাদ্ভাগে চালিত হওয়াতে বস্তিগহ্বরের বহির্দ্বারের সম্মুখ পশ্চাৎ প্রসর এক ইঞ্চ, এমন কি কখন কখন দেড় ইঞ্চ পরিমাণেও বর্দ্ধিত হইয়া থাকে। পীড়া বা কোন প্রকার আঘাত বশতঃ সেক্রম ককসিকসের সংযোগ দৃঢ় হওয়াতে ককসিকসের ঐ গতির ব্যতিক্রম ঘটিয়া থাকে। অধিক বয়সে এই দুই অস্থি মিলিত হইয়া একখানি অস্থিতে পরিণত হয়।

উল্লিখিত অস্থিচতুষ্টয় বর্ণন-কালে যে সমস্ত সন্ধি ও বন্ধনীর উল্লেখ করা হইয়াছে, তদ্ব্যতীত আরও দুইটী দৃঢ় ও প্রশস্ত বন্ধনী আছে, ইহাদিগকে বৃহৎ ও ক্ষুদ্র সেক্রোসায়েটিক বন্ধনী কহে। এই বন্ধনীদ্বয়, অব্টুরেটর মেম্ব্রেণ ও কতিপয় পেশীর সহযোগে বস্তির অস্থিময় প্রাচীরের পূর্ণতা সাধিত হইয়া থাকে।

পেল্ভিসের অস্থি সকল সন্ধি ও বন্ধনী দ্বারা এরূপ কঠিন ও দৃঢ় ভাবে সংবদ্ধ যে, তাহারা অধিক সঞ্চালিত হইতে পারে না। কিন্তু গর্ভাবস্থায় বিশেষতঃ গর্ভের শেষভাগে অভ্যন্তরীণ চাপে বন্ধনী সমূহ বিস্ফারিত এবং তৎসঙ্গে আদ্রর্তা বৃদ্ধি বশতঃ ফাইব্রো কার্টিলেজ সকল পুরু ও শিথিল হওয়াতে পেল্ভিসের অস্থি সমুদায়ের চলনশীলতা বাড়িয়া উঠে। পিউবিসের সন্ধিস্থলে এই চলনশীলতার আধিক্য হইয়া থাকে। প্রসবান্তে অস্থির এই বর্দ্ধিত চলনশীলতা ক্রমে অপনীত হইয়া আইসে। সন্ধিস্থল সমূহের স্বাভাবিক দৃঢ়তা পুনর্লাভ করিতে কাহার কাহার অনেক দিন লাগে, আবার কাহারও বা এরূপ অস্বাভাবিক চলনশীলতা অধিক বা অল্প পরিমাণে থাকিয়া যায়। সন্ধিস্থল সমুদায় দৃঢ় না থাকাতে চলিবার ফিরিবার ব্যতিক্রম হইয়া থাকে। বহুপ্রসবিণীদিগের বস্তির এইরূপ চিরস্থায়ী বিপর্য্যয় হইবার অধিক সম্ভাবনা।

প্রকৃত ও অপ্রকৃত বস্তি।—ইলিও-পেক্টিনিয়াল রেখা দ্বারা বস্তি দুই ভাগে বিভক্ত হইয়াছে। সেই রেখার উপরিস্থিত অংশ অপ্রকৃত এবং নিম্নস্থিত অংশ প্রকৃত বস্তি নামে অভিহিত হইয়া থাকে। অপ্রকৃত বস্তির পার্শ্ব প্রাচীর ইলিয়ম অস্থিদ্বারা গঠিত, কিন্তু ইহার সম্মুখ ও পশ্চাৎ

প্রাচীর সেরূপ অস্থিময় নহে। ইহার গহ্বর য্যাব্‌ডোমেন গহ্বরের অন্তর্গত এবং অগর্ভাবস্থায় ইহাতে কেবল অন্ত্রের কিয়দংশ বর্ত্তমান থাকে। অপ্রকৃত বস্তির সহিত প্রসব-প্রক্রিয়ার বিশেষ সম্বন্ধ নাই। কিন্তু বাহ্য পরীক্ষা দ্বারা অপ্রকৃত বস্তির আয়তন জানিতে পারিলে প্রকৃত বস্তির অবস্থা ও আয়তন অনেক পরিমাণে বুঝিতে পারা যায়। এইজন্য অপ্রকৃত বস্তির পরিমাণ বিষয়ে জ্ঞান থাকা আবশ্যক। বস্তিগহ্বরের ধারণাশক্তি নিরূপণ করিবার জন্য সচরাচর তিনটী বহিঃপরিমাণ লওয়া যায়। প্রথম, ইলিয়ম অস্থিদ্বয়ের সম্মুখস্থ ঊর্দ্ধ স্পাইনাস প্রোসেস দুইটীর পরস্পরের দূরত্ব, ইহার মাপ পরিমাণ প্রায় দশ ইঞ্চ। দ্বিতীয়, ইলিয়মের ক্রেষ্টদ্বয়ের মধ্যস্থলের পরস্পরের দূরত্ব, ইহার মাপ পরিমাণ প্রায় সাড়ে দশ ইঞ্চ, এবং তৃতীয়, কটিদেশের শেষ কশেরুকার স্পাইনাস প্রোসেস ও সিম্ফিসিসের ঊর্দ্ধ অংশের পরস্পরের দূরত্ব, তাহার মাপ পরিমাণ প্রায় ৭ ইঞ্চ। এই সমস্ত পরিমাণের ন্যূনতা থাকিলে বস্তিকে সঙ্কীর্ণ বলিয়া বুঝিতে হইবে।

প্রকৃত বস্তি।—প্রকৃত বস্তির একটী প্রবেশ-দ্বার, একটী গহ্বর ও একটী নির্গমন-দ্বার আছে।

প্রবেশ-দ্বার বা ইন্‌লেট।—বস্তির প্রবেশ-দ্বার ইহার ঊর্দ্ধভাগে সংস্থিত। এই দ্বারে শিশু বস্তিগহ্বরে প্রবেশ করিয়া থাকে। ইহার পরিধিকে ইহার ব্রিম বা তট বলা যায়। ইহার মাপ পরিমাণ প্রায় ষোল ইঞ্চ। বস্তির প্রবেশ-দ্বার দেখিতে প্রায় হৃৎপিণ্ডের মত, সেক্রমের প্রমণ্টরি ইহার পশ্চাতে, ইলিও-পেক্টিনিয়াল রেখাদ্বয় এবং স্পাইন, ক্রেষ্ট ও সিম্ফিসিস পিউবিস ইহার উভয় পার্শ্বে ও সম্মুখে, স্থাপিত। এই তটের তিনটী প্রধান ব্যাস, এণ্টেরো-পোষ্টিরিয়ার বা সম্মুখ-পশ্চাৎ, ট্র্যান্‌সভার্স বা অনুপ্রস্থ এবং ওবলিক বা তির্য্যক্। এণ্টেরো-পোষ্টিরিয়ার ব্যাসকে সেক্রোপিউবিক বা কঞ্জুগেট ব্যাসও বলা যায়। এই ব্যাস সম্মুখে সিম্ফিসিস পিউবিসের পশ্চাৎ প্রদেশের উপরিভাগ হইতে পশ্চাতে সেক্রামের প্রমণ্টরির মধ্যদেশ পর্য্যন্ত বিস্তৃত; ইহার দৈর্ঘ্য ৪$\frac{1}{8}$ ইঞ্চ।

অনুপ্রস্থ ব্যাস বস্তিতটের একপার্শ্বের মধ্যস্থল হইতে অপর পার্শ্বের মধ্যদেশ পর্য্যন্ত বিস্তৃত, ইহা ৫$\frac{1}{4}$ ইঞ্চ দীর্ঘ।

তির্য্যক্ ব্যাস দুইটী, একটী দক্ষিণ, অপরটী বাম। দক্ষিণটী, দক্ষিণ সেক্রো-ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিস্ হইতে বাম ইলিও-পেক্টিনিয়াল উচ্চতার সন্নিকটস্থ ব্রিম পর্য্যন্ত, এবং বামটী, বাম সেক্রোইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিস্ হইতে দক্ষিণ ইলিও-পেক্টিনিয়াল উচ্চতার সন্নিকটস্থ ব্রিম পর্য্যন্ত তির্য্যক্ ভাবে লম্বিত। যে দিকের সেক্রোইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিস্ হইতে রেখা টানা হয়, তদনুসারে তির্য্যক্ ব্যাস বাম কিম্বা দক্ষিণ নামে আখ্যাত হইয়া থাকে। তির্য্যক্ ব্যাসের দৈর্ঘ্য পাঁচ ইঞ্চ।

গহ্বর।—বস্তিগহ্বর বস্তির উপরিস্থিত প্রবেশ-দ্বার হইতে আরম্ভ করিয়া নিম্নস্থ নির্গমনদ্বার পর্য্যন্ত বিস্তৃত। ইহার পশ্চাতে সেক্রম ও কক্সিক্স্ এবং দুই পার্শ্বে ও সম্মুখে ইস্কিয়ম্ ও পিউবিস। গহ্বরের সম্মুখ প্রাচীরের উচ্চতা সিম্ফিসিস পিউবিসের দৈর্ঘ্যের সমান;—তাহা ১½ হইতে ১¾ ইঞ্চ, এবং সেক্রম ও কক্সিক্স একত্রে যত দীর্ঘ, গহ্বরের পশ্চাৎ প্রাচীর তত উচ্চ। এই উচ্চতা কিয়ৎপরিমাণে বক্ররেখান্বিত; ইহার পরিমাণ প্রায় ৫ ইঞ্চ। ইহাতে স্পষ্ট প্রতীতি হইতেছে যে, পশ্চাৎ প্রাচীর অপেক্ষা সম্মুখ প্রাচীর অনেক পরিমাণে অগভীর। ইলিও-পেক্টিনিয়াল উচ্চতা হইতে ইস্কিয়াল টিউবারসিটির নিম্ন কিনারা পর্য্যন্ত একটী রেখা টানিলে বস্তিগহ্বরের পার্শ্ব প্রাচীরের উচ্চতা স্থিরীকৃত হইয়া থাকে; সেই উচ্চতা ৩ হইতে ৩½ ইঞ্চ। বস্তিগহ্বরের গভীরতা এবং সেক্রমের বক্রতা দ্বারা প্রসব-প্রক্রিয়া অনেক পরিমাণে নিয়ন্ত্রিত হইয়া থাকে। বস্তিগহ্বর অগভীর ও প্রশস্ত এবং সেক্রম মধ্যবিতরূপে বক্র হইলে প্রসব-প্রক্রিয়া সহজে ও স্বাভাবিক রূপে সম্পন্ন হইতে পারে, কিন্তু গহ্বর যদি গভীর এবং সেক্রমের বক্রতা অধিক হয়, তাহা হইলে প্রসব কষ্টকর ও বিলম্বিত হইবার সম্ভাবনা।

বস্তিতটের ন্যায় বস্তিগহ্বরের সচরাচর তিনটী ব্যাস নির্দ্দিষ্ট হইয়া থাকে। ইহার সম্মুখ-পশ্চাৎ ব্যাস সিম্ফিসিস পিউবিসের পশ্চাৎ ভাগের মধ্য বিন্দু হইতে অপর পার্শ্বস্থ সেক্রমের তৃতীয় অংশের মধ্যস্থল পর্য্যন্ত বিস্তৃত; ইহার পরিমাণ ৪¾ ইঞ্চ। বস্তিগহ্বরের সম্মুখ-পশ্চাৎ ব্যাসের সমতলে ইহার অনুপ্রস্থ ও তির্য্যক্ ব্যাস লম্বিত হইয়া থাকে;—এই দুইটী ব্যাসের পরিমাণ যথাক্রমে ৪¾ ও ৫ ইঞ্চ।

অস্থিময় বস্তিগহ্বরের প্রাচীর কোমল টিস্থ দ্বারা আবৃত। ইহার পশ্চাদ্ভাগে অন্ত্রের সরল অংশ, রেক্‌টম, মধ্যস্থলে অভ্যন্তরীণ জননেন্দ্রিয় সমূহ, এবং সম্মুখভাগে মূত্রাশয় অবস্থিত। অনেকগুলি রক্তনালী ও স্নায়ু এই গহ্বরের ভিতর দিয়া চলিয়া গিয়াছে এবং কতকগুলি ইহার অভ্যন্তরে বিস্তারিত আছে। প্রসবকালে এই কোমল টিস্থ সমুদায় অল্প বা অধিক পরিমাণে সঞ্চাপিত হয় ও সেই সঞ্চাপনে ইহারা আঘাত পাইতে পারে।

নির্গমন-দ্বার।—বস্তিগহ্বরের নিম্ন পরিধি বা নির্গমনদ্বারের অবয়ব অতি বিষম, ইহার সম্মুখে সিম্ফিসিস্ পিউবিস্, তাহার উভয় পার্শ্বে পিউবিসের নিম্ন শাখা, পরে ইস্কিয়মের শাখা, তাহার পর ইস্কিয়মের টিউবারসিটি ও স্যাক্রাটিক বন্ধনীদ্বয়, এবং পশ্চাতে কক্‌সিক্সের অগ্রভাগ। সচরাচর নির্গমনদ্বারের দুইটী ব্যাস পরিমাপিত হইয়া থাকে—সম্মুখপশ্চাৎ ও অনুপ্রস্থ। সম্মুখপশ্চাৎ ব্যাস সিম্ফিসিস্ পিউবিসের নিম্ন কিনারা হইতে আরম্ভ হইয়া কক্‌সিক্সের চূড়া পর্য্যন্ত বিস্তৃত; ইহার দৈর্ঘ্য ৫ ইঞ্চ। প্রসবকালে অভ্যন্তরীণ চাপে এই ব্যাস এক ইঞ্চ,—কখন কখন তদপেক্ষা বেশি পরিমাণে বাড়িয়া থাকে (৩ চিত্র ৬)। অনুপ্রস্থ ব্যাস ইস্কিয়াল টিউবারসিটিদ্বয়ের মধ্যে স্থিত, ইহার মাপ পরিমাণ ৪$\frac{1}{2}$ ইঞ্চ।

বস্তির নিম্ন পরিধি বা নির্গমন-দ্বার কোমল টিস্থ সমূহ দ্বারা আবদ্ধ; সেই সমস্ত কোমল টিস্থ বস্তির ফ্লোর বা তলরূপে স্থিত। বস্তিতল তিন স্থলে ছিদ্রীকৃত;—ইহার সম্মুখে ইউরিথ্রা, মধ্যে যোনি, এবং পশ্চাতে রেক্‌টম।

বস্তির পূর্ব্বোক্ত ব্যাস সমূহ ব্যতীত আরও দুইটী উল্লেখ-যোগ্য ব্যাস আছে, বস্তির কোন রূপ বিকৃতি থাকিলে সেই দুই ব্যাস দ্বারা বুঝিতে পারা যায়। প্রথমটী সেক্রো-কটিলয়েড.—ইহা সেক্রমের প্রমণ্টরি হইতে এসিটাবিউলামের উদ্ধস্থিত বিন্দু পর্য্যন্ত বিস্তৃত, ইহার মাপ পরিমাণ প্রায় ৩$\frac{1}{2}$ ইঞ্চ। অপরটী সিম্ফিসিস্ পিউবিসের নিম্ন কিনারা হইতে সেক্রমের প্রমণ্টরি পর্য্যন্ত লম্বিত; ইহার নাম নিম্ন বা নমিত কঞ্জুগেট (লোয়ার বা ইন্‌ক্লাইণ্ড) ব্যাস। ইহার মাপ পরিমাণ প্রায় ৪$\frac{1}{2}$ ইঞ্চ।

ভিন্ন ভিন্ন গ্রন্থকারগণ কর্ত্তৃক স্ত্রী-বস্তির ব্যাসসমুদায়ের যে সমস্ত মাপ

পরিমাণ নির্দ্দিষ্ট হইয়াছে, তৎসমুহের পরস্পরের মধ্যে সামান্য প্রভেদ দেখা যায় ; এবং উপরে যে সমস্ত মাপ পরিমাণ লিপিবদ্ধ হইল, তাহা তৎসমুদায়ের প্রায়ই অনুরূপ।

এই ব্যাসগুলির মাপ পরিমাণ এস্থলে একত্রে সন্নিবেশিত হইল,—

	সম্মুখপশ্চাৎ বা এণ্টেরোপোষ্টিরিয়ার	তির্য্যক্ বা ওব্লিক্	অনুপ্রস্থ বা ট্র্যান্সভার্স
.... (ইন্লেট্)	৪½	৫	৫¼
গহ্বর (ক্যাভিটি)	৪¾	৫	৪¾
নির্গমদ্বার (আউটলেট্)	৫	—	৪½

ধাত্রীবিদ্যার বর্ত্তমান প্রসিদ্ধ অধ্যাপক পণ্ডিতবর প্লেফেয়ার ঐ সমস্ত ব্যাসের যে মাপ লিপিবদ্ধ করিয়াছেন, এস্থলে তাহাও প্রকটিত হইল ;—

	সম্মুখপশ্চাৎ বা এণ্টেরোপোষ্টিরিয়ার	তির্য্যক্ বা ওব্লিক্	অনুপ্রস্থ বা ট্র্যান্সভার্স
প্রবেশদ্বার (ইন্লেট্)	৪·২৫	৪·৮	৫·২
গহ্বর (ক্যাভিটি)	৪·৭	৫·২	৪·৭৫
নির্গমদ্বার (আউটলেট্)	৫·০	—	৪·২

অস্থিময় বস্তির ব্যাসগুলি পর্য্যবেক্ষণ করিয়া দেখিলে স্পষ্ট প্রতীতি হইবে যে, বস্তিতটের অনুপ্রস্থ ব্যাসটী সর্ব্বাপেক্ষা বৃহৎ ; তন্নিম্নে তির্য্যক্ ব্যাস এবং সর্ব্ব নিম্নে সম্মুখপশ্চাৎ ব্যাস। গহ্বরের ব্যাসগুলি প্রায় সমান ; তবে তির্য্যক্‌টী অনুপ্রস্থ ও সম্মুখপশ্চাৎ অপেক্ষা কিছু বড় ; নির্গমদ্বারের সম্মুখপশ্চাৎ ব্যাস প্রবেশদ্বারের ও গহ্বরের তির্য্যক্ ব্যাসের সমান। কিন্তু প্রসবকালে অভ্যন্তরীণ চাপে ককসিক্স পশ্চাদ্ভাগে চালিত হওয়াতে এই ব্যাসটী আরও বাড়িয়া থাকে। সেইরূপ নির্গমদ্বারের অনুপ্রস্থ ব্যাস প্রবেশদ্বারের সম্মুখপশ্চাৎ ব্যাসের সমান। ইতঃপর প্রসব-কৌশল বর্ণনকালে লিখিত হইবে যে, গর্ভস্থ শিশু স্বাভাবিক পোজিশন বা আসনে প্রবেশদ্বারের অন্যতর তির্য্যক্ ব্যাস দ্বারা বস্তিগহ্বরে প্রবেশ করে এবং বস্তি হইতে নির্গমন কালে নির্গমদ্বারের সম্মুখ পশ্চাৎ ব্যাস দিয়া নিঃসৃত হইয়া থাকে। ইহাতে স্পষ্ট প্রতীত হইতেছে যে, শিশু একটি বৃহৎ

ব্যাস দ্বারা বস্তি মধ্যে প্রবিষ্ট হয় এবং অপর একটি বৃহৎ ব্যাস দ্বারা তাহা হইতে নির্গত হইয়া থাকে।

অস্থিময় বস্তির ব্যাস গুলির মাপ-পরিমাণ প্রকটিত হইল; কিন্তু ইহাতে কোমল টিসু সমূহ সংস্থিত থাকাতে এই সমস্ত মাপের ন্যূনতা ঘটিয়া থাকে। এইজন্য স্বাভাবিক অবস্থায় ব্যাসগুলির মাপ অল্প বা অধিক পরিমাণে কমিয়া যায়। প্রবেশদ্বারের অগ্রপ্রস্থ ব্যাসের এইরূপ ন্যূনতা বিশেষরূপে ঘটিয়া থাকে। তটে শোয়াস ও ইলায়েকস পেশি থাকাতে এই ব্যাস প্রায় আধ ইঞ্চ পরিমাণ কমিয়া যায়। তাহাতে তির্য্যক্ ব্যাস অগ্রপ্রস্থ ব্যাস অপেক্ষা দীর্ঘ হইয়া থাকে। এস্থলে একথাও বলা আবশ্যক যে, এমন কি অস্থিময় বস্তির ইন্‌লেটের দক্ষিণ তির্য্যক্ ব্যাস, বামটী অপেক্ষা কিছু বড়, দক্ষিণ চরণের অপেক্ষাকৃত অধিক ব্যবহার প্রযুক্ত পেল্‌ভিসের দক্ষিণ অংশের পরিপুষ্টি বেশি হওয়াতে, বোধ হয়, দক্ষিণ ব্যাসের ঐরূপ দৈর্ঘ্যাধিক্য ঘটিয়া থাকে। তদ্ব্যতীত কোমল টিসু সংযুক্ত বস্তির বামভাগে রেকটম সংস্থিত থাকাতে বাম তির্য্যক্ ব্যাসটী দক্ষিণ তির্য্যক্ ব্যাস অপেক্ষা কমিয়া আইসে। এই বৃহত্তর ব্যাসে শিশুর আসন অনেক স্থলে সংস্থাপিত থাকে।

পুরুষ ও স্ত্রী বস্তির প্রভেদ।—স্ত্রীবস্তির অস্থি পুরুষবস্তির অস্থি সমূহের ন্যায় তত বিষম ও বন্ধুর নহে। ইহা অপেক্ষাকৃত হাল্কা, সেক্রমের এক পার্শ্ব হইতে অন্য পার্শ্ব পর্য্যন্ত প্রসরও অধিক। কিন্তু ইহার উর্দ্ধাধো বক্রতা তত বেশি নহে। এইজন্য ইহার প্রমণ্টরির উচ্চতাও কম। ককৃসিকৃস অধিক সঞ্চালনশীল ও নমনীয়। ইলিয়মের ও পিউবিক আর্চের বিস্তার অধিক। পিউবিসের নিম্ন শাখাদ্বয়ের সম্মিলনে যে কোণ উৎপাদিত হইয়াছে, তাহার মাপ-পরিমাণ অন্যূন একটী সমকোণের সমান (৯০ হইতে ১০০ ডিগ্রি)। পুরুষবস্তির এই কোণ সূক্ষ্ম; ইহার মাপ পরিমাণ ৭০।৭৫ ডিগ্রির মধ্যে। উভয় প্রকার বস্তির কোণের এই পার্থক্য সহজে বুঝিতে পারা যায়। স্ত্রীবস্তির ইস্কিয়মের টিউবারসিটি ও এসিটাবিউলাম দ্বয়ের পরস্পরের দূরত্ব অধিক। স্ত্রীবস্তির অস্থিসমুদায়ের উক্তরূপ প্রকৃতি হওয়াতে ইহা অপেক্ষাকৃত অগভীর ও অধিক ধারণক্ষম। ইহা সম্মুখ ও পশ্চাতে, বামে ও দক্ষিণে, অধিক বিস্তৃত; সেইজন্য ইহার সম্মুখ, পশ্চাৎ ও

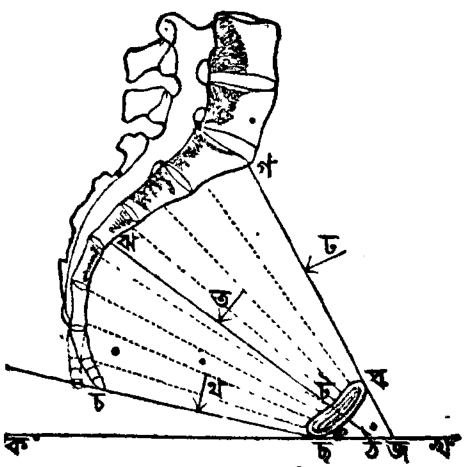
অনুপ্রস্থ ব্যাস অপেক্ষাকৃত অধিক বড। পুরুষ বস্তি দেখিতে অনেক পরিমাণে ঘটাকাব। স্ত্রীবস্তিব সিম্ফিসিস পিউবিস অগভীব এবং সেক্রমেব প্রমণ্টরি অধিক উন্নত না হওয়াতে ইহাব ব্রিম বা তট হৃৎপিণ্ডাকাব না হইয়া অনেক পরিমাণে ডিম্বাকাব। স্ত্রীবস্তিব আয়তন ও বিস্তাব এইরূপ হওয়াতে প্রসব-প্রক্রিয়ার বাঁধা উৎপাদিত হয় না, এবং এইজন্যই স্ত্রীলোকদিগের গমনকালে শ্রোণিদেশেব সেই বিচিত্র উল্লম্ফন ও স্পন্দন দেখিতে পাওয়া যায়। প্রকৃত বস্তিব অভ্যন্তবে জননেন্দ্রিয় সমূহ অবস্থিত; সেই সকল যন্ত্রেব পবিবৃদ্ধি ও পবিপুষ্টিব সহিত বস্তি অধিক পবিপুষ্ট ও বর্দ্ধিত হইতে থাকে, প্রধানত এইজন্যই পুরুষ ও স্ত্রীবস্তিব মধ্যে এইরূপ পার্থক্য ঘটিয়া থাকে।

বস্তির ইন্‌ক্লিনেশন বা আনতি।—পূর্ব্বে লিখিত হইয়াছে যে, বস্তি সোজা নলাকাব নহে, ইহাব সম্মুখ প্রাচীব, পশ্চাৎ প্রাচীব অপেক্ষা ছোট; তজ্জন্য ইহাব পশ্চাদ্ভাগ অপেক্ষা সম্মুখভাগ অনেক পবিমাণে অগভীর। এতদ্ব্যতীত বস্তি দেহে এভাবে আনত থাকে যে, ইহার সম্মুখ প্রাচীবেব উপব কিনাবা সেক্রমেব প্রমণ্টরি অপেক্ষা প্রায় ৩¾ ইঞ্চ এবং ইহার নিম্ন কিনাবা পশ্চাৎ প্রাচীবেব নিম্ন কিনাবাব কিঞ্চিৎ নিম্নে আসিয়া থাকে। বস্তি এইরূপে আনত থাকাতে ইহাব অস্থিময় প্রাচীরের সম্মুখভাগ ইহাব তলরূপে কার্য্য কবিয়া অভ্যন্তবীণ যন্ত্রসমুদায়কে আশ্রয় প্রদান করে। এরূপ না হইয়া বস্তি যদি একটী সোজা নলাকাব হইত এবং ইহার উর্দ্ধ ও অধঃ ছিদ্র সমান্তব ভাবে থাকিত, অভ্যন্তবীণ যন্ত্র সমুদায়ের চাপ নিম্ন ছিদ্রের উপব পতিত হইলে যন্ত্র সমুদায় সম্যক্‌রূপে অবলম্বন পাইত না।

নিগেলি, টাইলার স্মিথ প্রভৃতি পণ্ডিতগণ বস্তিব আনতির মাপ পরিমাণ নির্ণয় করিয়াছেন। বস্তি পরিধির দুইটী বিপরীত বিন্দুর মধ্যে একটী রেখা টানিয়া তাহার সমতলে একটী সার্ফেস বা তল স্থাপন করিলে, সেই তলকে ইহার প্লেন বা সমতল বলা যায়। একখানি সরল কাগজ কাটিয়া বস্তি পরিধির অভ্যন্তরে স্থাপিত করিলে তদ্দ্বারা প্লেন বা সমতলের প্রতিকৃতি প্রত্যক্ষ প্রতীত হইতে পারে। বস্তি প্রাচীরে এরূপ অনেক প্লেন বা

সমতল টানিতে পারা যায়। সেই সকল সমতল যদি সম্মুখভাগে বাড়াইয়া দেওয়া যায়, তাহা হইলে তৎসমুদায়ই হোরাইজন বা চক্রবালের সহিত এক একটি নির্দ্দিষ্ট বিন্দুতে সম্মিলিত হইবে। বস্তির ঊর্দ্ধ ও অধঃ সমতলদ্বয় ঐরূপে সম্মুখভাগে বাড়াইয়া লইলে তাহারা চক্রবালে মিলিত হইয়া যথাক্রমে ৬০ ও ১১ ডিগ্রির দুইটী কোণ প্রস্তুত করিবে। দ্বিতীয় চিত্রে গ ঘ সরল রেখাটী সেক্রমের প্রমণ্টরি হইতে নিম্ন ও সম্মুখভাগে সিম্ফিসিস্ পিউবিসের ঊর্দ্ধ কিনারা পর্য্যন্ত লম্বিত হইয়াছে। এই রেখাটী দ্বারা বস্তির প্রবেশদ্বারের সমতল প্রদর্শিত হইয়াছে; যদি এই রেখাটী সম্মুখভাগে চালিত হয়, ইহা ক খ হোরাইজন বা দিগন্ত রেখার জ বিন্দুতে পতিত হইয়া গ জ ক কোণ প্রস্তুত করিয়া থাকে;—এই কোণের পরিমাণ ৬০ ডিগ্রি। সেইরূপ ইহার নির্গমনদ্বারের সমতল চ ছ রেখা দ্বারা প্রদর্শিত হইয়াছে, এই রেখাটী ছ বিন্দুতে সম্মুখ ও নিম্নভাবে দিগন্তরেখায় পতিত হইয়া চ ছ ক কোণ নির্ম্মাণ করিয়াছে; এই কোণের মাপ ১১ ডিগ্রি।

২ চিত্র।

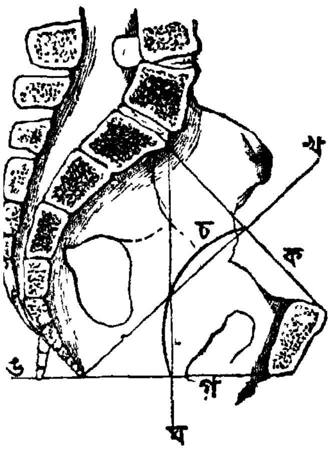


বস্তির আনতি।

ক খ হোরাইজন বা চক্রবাল, গ জ ক কোণ=৬০ ডিগ্রি, ঝ ঠ ক কোণ=৩০ ডিগ্রি চ ছ ক=১১ ডিগ্রি।

এই দুইটী সমতল ব্যতীত আর একটী সমতলের কথা এস্থলে বলা আবশ্যক। ডাক্তার টাইলার স্মিথ ইহাকে মধ্য সমতল বলিয়া বর্ণন করিয়াছেন। ইহা সেক্রমের তৃতীয় অংশের নিম্নভাগ হইতে অবটুরেটর ফোরামেণের ঊর্দ্ধ কিনারার সমতলে থাকিয়া সিম্ফিসিস্ পিউবিস পর্য্যন্ত লম্বিত হইয়া থাকে। এস্থলে ইহা ঋ ট রেখারূপে প্রদর্শিত হইয়াছে। ঋ ট সম্মুখ ও নিম্নভাগে বৰ্দ্ধিত হইয়া ঠ বিন্দুতে দিগন্ত রেখায় পতিত হইয়াছে, তৎকৃত ঋ ঠ ক কোণের মাপ ৩০ ডিগ্রি। এই সমতলে শিশু মস্তকের বিবর্ত্তন-ক্রিয়া সাধিত হইয়া থাকে।

৩ চিত্র।

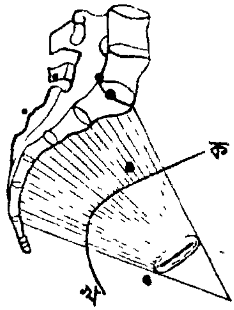


(এই চিত্রে বস্তির প্রবেশ ও নির্গমদ্বারের সমতল ও অক্ষ প্রদর্শিত হইয়াছে।)
ক, প্রবেশদ্বারের সমতল, খ, প্রবেশদ্বারের অক্ষ, গ, নির্গমদ্বারের সমতল; ঘ, নির্গমদ্বারের অক্ষ, ঙ, প্রসবকালে পশ্চাদপসৃত কক্সিকস্, চ, কেরসের সার্কেল।

এই স্থলে আরও দুইটী প্লেনের কথা উল্লেখ করা আবশ্যক। সেই সমতলদ্বয় উভয় ইস্কিয়মের অভ্যন্তর প্রদেশে সংস্থিত। ইস্কিয়মের স্পাইন হইতে ইলিওপেক্টিনিয়াল উৎসেধ পর্য্যন্ত একটী রেখা টানিলে অস্থির অভ্যন্তর প্রদেশকে দুইটী আনত সমতলে বিভক্ত করা হয়। এই দুইটী প্লেনের মধ্যে যেটী ঐ রেখার সম্মুখবর্ত্তী, সেটী ইস্কিয়মের শাখার উপর

দিয়া পিউবিসের দিকে প্রসারিত থাকে; যেখানে পশ্চাদ্বর্ত্তী সমতলটী সায়াটিক বন্ধনী দিয়া সেক্রমের দিকে প্রবণ হইয়া থাকে। প্রসবকালে শিশুর মস্তক-বিবর্ত্তনের সহিত এই দুইটী প্লেনের বিশেষ সম্বন্ধ দেখিতে পাওয়া যায়।

৪ চিত্র।



বস্তির মধ্যরেখা (ক্ষেপণী বা প্যারাবোলা)।

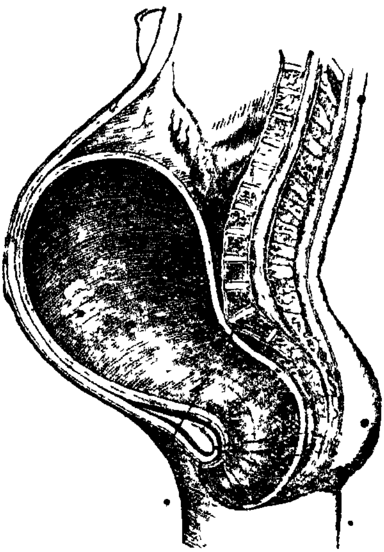
বস্তি-গহ্বরের মধ্যরেখা বা অক্ষ।—বস্তি-গহ্বরের অক্ষকে ইংরাজীতে ইহার এক্‌সিস্‌ কহে। গহ্বরের ভিন্ন ভিন্ন সমতলের মধ্যবিন্দু হইতে এক একটী লম্ব টানিলে, সেই এক একটী লম্বকে সেই সমস্ত সমতলের এক একটী অক্ষ বলা যায়। বস্তির সমতলগুলি পরস্পরে সমান্তর না হওয়াতে এবং চক্রবালের দিকে বিষম ভাবে আনত থাকাতে তাহাদের অক্ষের গতির বিভিন্নতা দেখিতে পাওয়া যায়। প্রবেশদ্বারের প্লেনের উপর একটী লম্বরেখা টানিলে, সেই রেখাকে প্রবেশদ্বারের অক্ষ কহে। এই অক্ষ সম্মুখ ও উর্দ্ধ হইতে নিম্ন ও পশ্চাদ্ভাগে চালিত হয় (৩য় চিত্র খ)। নাভিস্থল হইতে কক্‌সিক্‌সের অগ্রভাগ পর্য্যন্ত একটী সরল রেখা টানিলে সেই রেখা প্রবেশদ্বারের অক্ষের সহিত এক হইয়া থাকে। নির্গমদ্বারের অক্ষ উর্দ্ধ হইতে নিম্ন ও সামান্য পশ্চাৎ ভাবে চালিত হয় (খ ৩য় চিত্র)। সেক্রমের প্রমণ্টরির অগ্রভাগ হইতে ইস্কিয়মের টিউবারসিটিদ্বয়ের ঠিক মধ্যবিন্দু পর্য্যন্ত একটী সরল রেখা টানিলে, তাহা নির্গম-

দ্বীবের অক্ষেব সহিত এক হইয়া থাকে। এইরূপ ভিন্ন ভিন্ন সমতলে এক একটী অক্ষ টানিলে সেই সমস্ত অক্ষেব সমষ্টিকেই সমগ্র বস্তিগহ্বরের অক্ষ বলা যায়। সেই সমস্ত সংযুক্ত হইয়া একটী প্যারাবোলা বা ক্ষেপণী রেখার আকার ধাবণ করে। অস্থিময় বস্তিব এই ক্ষেপণী সম্মুখোর্দ্ধ হইতে নিম্ন ও পশ্চাদভিমুখে বস্তিগহ্বরে প্রবেশ কবিযা থাকে এবং নিম্ন ও সম্মুখ ভাবে তন্মধ্য হইতে বহির্গত হয় (৪ চিত্র)। এককালে এই অক্ষকে একটী পূর্ণবৃত্তের অংশ বলিয়া অনেকেব বিশ্বাস ছিল; তজ্জন্য তৎকালে তাহা কেবসের সার্কেল বা বৃত্ত (৩ চিত্র চ) নামে আখ্যাত ছিল। কিন্তু সেই বিশ্বাস ভ্রান্তি-মূলক বলিযা এক্ষণে পবিত্যক্ত হইয়াছে।

প্রসব-পথ।—প্রসবপথ কোমল টিসু সমূহে গঠিত; ঊর্দ্ধে ইহা জরায়ুমুখের সহিত সমন্বিত;—নিম্নে পেবিনিয়ামেব সম্মুখ কিনাবা পর্য্যন্ত বিস্তৃত। জরায়ু সম্যক্ স্বাভাবিক ভাবে সংস্থিত থাকিলে এবং তৎসঙ্গে প্রসবকালে নির্গমনপথ পূর্ণ বিস্ফারিত হইলে, জরায়ু-গহ্বর, জরায়ুমুখ ও যোনি একত্র মিলিত হইয়া একটী নলাকার গহ্বরে পরিণত হয়। প্রসব-পথের বিস্ফারণ সম্বন্ধে প্রসব-প্রক্রিয়া বর্ণনকালে বিশেষ করিয়া লেখা হইবে। জরায়ু-গহ্বর ও বিস্ফারিত প্রসব-পথ পঞ্চম চিত্রে প্রদর্শিত হইল। এই চিত্র পর্য্যবেক্ষণ কবিলে স্পষ্ট প্রতীতি হইবে যে, প্রসব-পথের যে অংশ বস্তির প্রবেশ-দ্বার হইতে নির্গমন-দ্বার পর্য্যন্ত বিস্তৃত, তাহা বস্তিপ্রাচীরের সহিত সংলগ্ন; কিন্তু তাহাব ঊর্দ্ধ ও অধঃঅংশ সেরূপ নহে। ঊর্দ্ধ অংশ জরায়ু-গহ্বরের অন্তর্গত, নিম্ন অংশ দ্বারা প্রসব-পথেব শেষ ভাগ সম্বদ্ধ। সিম্ফিসিস্ পিউবিসের অধোদেশ হইতে পেরিনিয়মের সম্মুখ কিনারা পর্য্যন্ত একটী রেখা টানিলে, প্রসবপথের শেষভাগের সমতল তদুপরি পতিত হইবে। অস্থিময় বস্তির নির্গমদ্বারের অক্ষ অপেক্ষা এই প্লেনের অক্ষ অধিক সম্মুখভাবে চালিত হইয়া থাকে। তদ্ব্যতীত যোনিমুখ অর্থাৎ প্রসব-পথের শেষ সীমা অস্থিময় বস্তির বহির্দ্দেশের উপরিস্থিত নহে,—ইহার সম্মুখে কিঞ্চিদ্দূরে অবস্থিত। প্রসবকালে পেরিনিয়ম বিস্ফারিত হইলে ইহার সম্মুখভাগ অগ্রসর হইয়া আইসে; তাহাতে বহির্দ্বারের অক্ষ আরও সম্মুখভাবে চালিত হয়। জরায়ু-গহ্বরের অক্ষ প্রায়ই বস্তির প্রবেশ-দ্বারের অক্ষের

সহিত এক সূত্রে পতিত হইয়া থাকে; কিন্তু এব্‌ডোমেন প্রাচীরের শিথিলতা প্রযুক্ত জরায়ু সম্মুখে ঝুলিয়া পড়িলে, অথবা কোন কারণে তাহা অস্বাভাবিকভাবে সংস্থিত হইলে, জরায়ুর অক্ষ প্রসব-পথের অক্ষের সহিত সমান্তর ভাবে কার্য্য করে না। ইতঃপর প্রদর্শিত হইবে যে, প্রসব-কার্য্য সহজে ও নিরাপদে সাধিত হইবার জন্য ভ্রূণের ও জরায়ুর অক্ষরেখা প্রবেশ-দ্বারের অক্ষরেখার সহিত সমান্তর ভাবে সংস্থিত থাকা আবশ্যক। তাহা না হইলে জরায়ুর সঙ্কোচন জনিত বল সম্যক্‌রূপে কার্য্য করিতে পারে না। প্রসব-পথও সম্যক্ বিস্ফারণশীল না হইলে অথবা ইহাতে কোন বিপর্য্যয় ঘটিলে প্রসব কার্য্যের ব্যতিক্রম হইবার সম্ভাবনা।

৫ম চিত্র।



বিস্ফারিত প্রসব-পথ;—জরায়ুমুখ ও যোনি বিস্ফারিত হইয়া জরায়ুর সহিত একটী নলাকার গহ্বরে পরিণত হইয়াছে। সম্মুখপশ্চাৎ রেখাগুলি দ্বারা প্রসব-পথের ভিন্ন ভিন্ন সমতল প্রদর্শিত হইয়াছে। উদ্ধাধঃ ক্ষেপণী রেখা ইহার সাধারণ অক্ষ, এই অক্ষে ভ্রূণ চালিত ও বহির্নিঃসৃত হয়।

এক্ষণে প্রসব-পথের সাধারণ অক্ষের বিষয় আলোচনা করিতে গেলে

স্পষ্ট প্রতীত হইবে যে, এই অক্ষ ঠিক একটী প্যারাবোলা বা ক্ষেপণী রেখার আকারে সংস্থিত। ইহার ঊর্দ্ধ অংশ অস্থিময় বস্তিগহ্বরের অক্ষের সহিত সমন্বিত, কিন্তু ইহার নিম্ন অংশ ঠিক তদ্রূপ নহে; তাহা অধিক সম্মুখ ভাবে চালিত। প্রসব-পথের অক্ষ সম্মুখ ও ঊর্দ্ধ হইতে আরম্ভ হইয়া পশ্চাৎ ও নিম্নভাবে বিস্তৃত; পরে বহির্দ্বারে ইহা প্রায় পূর্ণ সম্মুখ ভাবে বহির্গত হইয়াছে। এই রেখাপথেই ভ্রূণ জরায়ু-গহ্বর হইতে বহির্নিঃসৃত হয় এবং ইহার বহির্গমনে কৃত্রিম সাহায্য প্রয়োগ করিতে হইলে এই রেখার গতিতেই তাহা প্রয়োজিত হইয়া থাকে। এইজন্য বস্তি-গহ্বর ও প্রবেশ-পথের অক্ষরেখায় সম্যক্ অভিজ্ঞতা লাভ করা চিকিৎসক মাত্রেরই একান্ত আবশ্যক। এই জ্ঞান যে কেবল প্রসব-চিকিৎসকেরই প্রয়োজনে আইসে, এমত নহে, শল্যচিকিৎসকেরও ইহাতে অভিজ্ঞতা লাভ করা একান্ত কর্ত্তব্য। অস্ত্রোপচারের পর মূত্রাশয় হইতে পাতরী বাহির করিতে হইলে তাহা এই অক্ষপথেই নির্গত হইয়া থাকে। কিন্তু অক্ষ পথের অভিজ্ঞতা না থাকিলে চিকিৎসক তাহা নিঃসারিত করিতে পারেন না। এই অক্ষ বিষয়ে সম্যক্ জ্ঞান থাকিলে বস্তি-গহ্বর হইতে যে কোন কঠিন পদার্থই সহজে বাহির করিতে পারা যায়।

দ্বিতীয় অধ্যায়।

স্ত্রীজননেন্দ্রিয়।

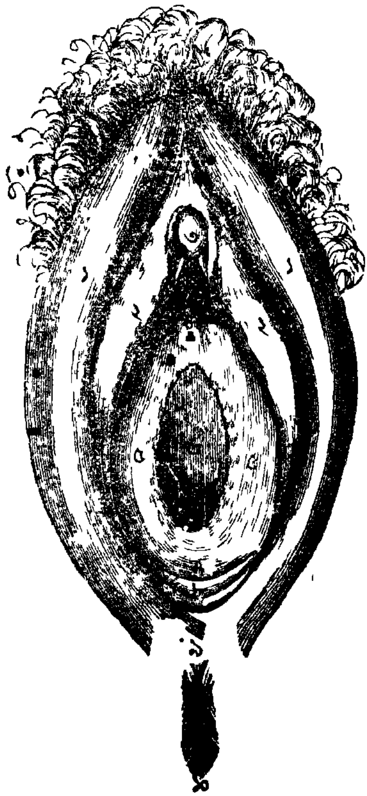
স্ত্রীজননেন্দ্রিয় বাহ্য ও অন্তঃ এই দুইভাগে বিভক্ত। মনস্ ভিনেরিস্ বা কামাদ্রি, লেবিয়া মেজোরা বা বৃহদোষ্ঠদ্বয়, লেবিয়া মাইনোরা বা ক্ষুদ্রোষ্ঠ-দ্বয়, ক্লাইটোরিস্ বা ভগাঙ্কুর, মিয়েটস ইউরিনেরিয়স্ বা প্রস্রাব-দ্বার, হাইমেন বা সতীচ্ছদ, ও ইহার অবশেষ কেরাণকিউলিস্‌মার্টিফর্ম্মিস্ এবং অরিফিস্ অব্ দি ভ্যাজাইনা বা যোনিমুখ :—এই সকলের সমষ্টিকে ভল্‌ভা কহে। ইহা ইংরেজিতে পিউডেণ্ডা নামেও অভিহিত হইয়া থাকে। ভল্‌ভা, পেরিনিয়ম ও যোনি বাহ্য জননেন্দ্রিয় বলিয়া বর্ণিত হইতে পারে। ভল্‌ভা প্রধানতঃ সিম্ফিসিস্ পিউবিসের আর্চের উপর সংস্থিত। ভল্‌ভার পশ্চাতে পেরিনিয়ম। যোনিনালী, ভল্‌ভা হইতে জরায়ু পর্য্যন্ত বিস্তৃত। এই নালীর অভ্যন্তর দিয়া শুক্র জরায়ুতে প্রবেশ করে, ইহা দ্বারা আর্ত্তব শোণিত নিঃসৃত এবং ভ্রূণ নিঃসারিত হইয়া থাকে। ওভেরি, ফ্যালোপিয়ন নালী ও জরায়ু এই তিনটী অন্তর্জননেন্দ্রিয়। ওভেরিদ্বয়ের অভ্যন্তরে ওভাম বা অণ্ড উৎ-পাদিত হইয়া থাকে। ফ্যালোপিয়ন নালীদ্বয় দ্বারা ওভেরি হইতে ওভাম জরায়ুগহ্বরে চালিত হয়। জরায়ু একটী পেশিময় যন্ত্র। ওভাম ইহার অভ্যন্তরেই পরিবর্দ্ধিত ও পরিপুষ্ট হয় এবং পূর্ণাবয়ব ভ্রূণে পরিণত হইলে তৎকর্ত্তৃক বহির্নিঃসারিত হইয়া থাকে।

বাহ্য জননেন্দ্রিয়।

মনস্ ভিনেরিস্ বা কামাদ্রি।—ভল্‌ভার ঊর্দ্ধাংশকে মনস্ ভিনেরিস্ বা কামাদ্রি কহে। এই অংশ প্রধানতঃ সিম্ফিসিস পিউবিসের

সম্মুখভাগে সংস্থিত। ইহার ত্বক্‌নিম্নে অধিক বসা বা চর্ব্বি থাকাতে এই স্থল উচ্চ ও গোলাকার ভাব ধারণ করে। যৌবনকালে এই স্থল লোমে আবৃত হইয়া থাকে।

৬ষ্ঠ চিত্র।



ভলভা।

১, ১, লেবিয়া মেজোরা, বা বৃহদোষ্ঠদ্বয়, ২, ২, লেবিয়া মাইনোরা, বা ক্ষুদ্র ওষ্ঠদ্বয়; ৩, ক্লাইটোরিস্ বা ভগাঙ্কুর, ৪, মিয়েটস্ ইউরিনেরিয়স্ বা প্রস্রাব দ্বার, ৫, ৫, ক্যারাঙ্কুলা মার্টিফর্মিস, ৬, যোনিদ্বার, ৭, ফোর্শেট, ৮, পোষ্টিরিয়র কমিশ্যুর, ৯, পেরিনিয়ম, ১০, এনস।

লেবিয়া মেজোরা বা বৃহদোষ্ঠদ্বয়।—ভল্ভার মধ্যস্থলে ঊর্দ্ধাধোভাবে একটী ছিদ্র আছে ; এই রন্ধ্রে ইউরিথ্রা বা প্রস্রাবপথ ও যোনি শেষ হইয়াছে। লেবিয়া মেজোরা এই রন্ধ্রের দুই পার্শ্বে স্থিত। লেবিয়া মেজোরার একবচনে লেবিয়ম্ মেজস্। প্রত্যেক লেবিয়ম্ মেজসের অভ্যন্তর প্রদেশে এক একটী ক্ষুদ্র ওষ্ঠ আছে ; সেই ক্ষুদ্র ওষ্ঠদ্বয়কে লেবিয়া মাইনোরা কহে। বৃহৎ ওষ্ঠদ্বয় পশ্চাৎ অপেক্ষা সম্মুখ ভাগে পুরু। ইহারা সম্মুখভাগে মিলিত হইয়া এণ্টিরিয়র কমিশ্যর প্রস্তত করিয়াছে, এবং মন্স ভিনেরিসের সহিত সমন্বিত আছে। পশ্চাতে ইহাদের সংযোগে পোষ্টিরিয়র কমিশ্যর প্রস্তুত হইয়াছে। পোষ্টিরিয়র কমিশ্যরের অভ্যন্তরে এক প্রস্থ ত্বক অনুপ্রস্থ ভাবে সংস্থিত ; ইহা ফ্রেণুলম পিউডেণ্ডাই বা ফোর্শেট নামে আখ্যাত। প্রথম প্রসবকালে ইহা প্রায়ই ছিন্ন হইয়া যায়। ফোর্শেট ও পোষ্টিরিয়র কমিশ্যরের মধ্যবর্ত্তী নিম্নস্থানকে ফসান্যাভিকিউলেরিস্ কহে।

বৃহদোষ্ঠের বহির্দ্দেশ ত্বক্ দ্বারা আবৃত ; কামাদ্রির ন্যায় ইহার উপরও যৌবনকালে লোম উৎপন্ন হইয়া থাকে। ইহার অভ্যন্তর প্রদেশ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিময় ; এই শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি জেনিটো ইউরিনারী শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির সহিত সমন্বিত। ওষ্ঠের অভ্যন্তর ও বহির্দ্দেশ সম্মুখে মিলিত হইয়া একটী উচ্চ কিনারা প্রস্তুত করিয়াছে। শৈশবে বৃহদোষ্ঠদ্বয়ের অন্তর্ভাগ পরস্পর সংসক্ত থাকে ; দেখিলে উভয়ের মধ্যে কেবল একটী সামান্য ফাট আছে বলিয়া বোধ হয়। পরে পুরুষ-সংসর্গে ও সন্তানোৎপাদনে এই ওষ্ঠদ্বয় কিয়ৎপরিমাণে পৃথক্ হইয়া পড়ে। বার্দ্ধক্যে অপজনন বশতঃ তাহারা পাতলা ও শিথিল হওয়াতে এত পৃথক্ হইয়া থাকে যে, অভ্যন্তরীণ লেবিয়া মাইনোরা বা ক্ষুদ্র ওষ্ঠদ্বয় বাহির হইয়া পড়ে। লেবিয়মের নির্ম্মাণ-কৌশল অনেক পরিমাণে স্ক্রোটমের ন্যায়। ইহাদের বহিঃপ্রদেশে ত্বক্ এবং অভ্যন্তর প্রদেশে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি সংস্থিত ; তন্মধ্যে রক্তবহানালী, স্নায়ু, বসা ও অন্যান্য টিসুর সহিত পৈশিক ও স্থিতিস্থাপক তন্তুসমূহের সংস্থিতি দেখিতে পাওয়া যায়।

লেবিয়া মাইনোরা বা নিম্ফে।—প্রত্যেক বৃহদোষ্ঠের অন্তঃপ্রদেশের মধ্যস্থলের নিকট হইতেই এক ভাঁজ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি উত্থিত

হইয়া ঊর্দ্ধভাগে বিস্তৃত হইয়াছে। ইহাকে ক্ষুদ্র ওষ্ঠ বলা যায়। উভয় পার্শ্বের ক্ষুদ্র ওষ্ঠ ক্লাইটোবিসের নিকটস্থ হইয়া দুইভাগে বিভক্ত হইয়াছে। ইহার এক ভাগ ক্লাইটোবিসের মূলদেশে সংযুক্ত; অপর ভাগ বিপরীত দিকের লেবিয়া মাইনোরার ঐরূপ অপরার্দ্ধের সহিত মিলিত হইয়া ক্লাইটোবিসের ঊর্দ্ধপ্রদেশকে প্রেপিউসের ন্যায় পরিবেষ্টন করিয়া রহিয়াছে। লেবিয়া মাইনোরা লেবিয়া মেজোরা দ্বারা আচ্ছাদিত, কিন্তু অনেক সন্তানোৎপাদন অথবা বয়সাধিক্য বশতঃ বৃহৎ ওষ্ঠদ্বয় পৃথক্ হইয়া পড়িলে লেবিয়া মাইনোরাও বহির্গত হইয়া পড়ে। তখন ইহাদের আরক্তিম ভাব বিদূরিত হইয়া ত্বকের বর্ণ ধারণ করে, বর্ণ গাঢ় হইয়া থাকে। ক্ষুদ্র ওষ্ঠদ্বয় প্রধানতঃ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে গঠিত; ইহাতে যোজক এবং পৈশিক তন্তুরও সন্নিবেশ দেখিতে পাওয়া যায়।

ক্লাইটোরিস্।—বৃহদোষ্ঠদ্বয় সম্মুখে যে স্থলে মিলিত হইয়া কমিশুর প্রস্তুত করিয়াছে, তাহার প্রায় অর্দ্ধ ইঞ্চ নিম্নে ক্লাইটোরিস্ বা ভগাঙ্কুর সংস্থিত। ভগাঙ্কুর ক্ষুদ্র ও লম্বায়তন। ইহা ইরেক্টাইল টিসু সমূহে গঠিত; শিশ্নের ন্যায় ইহারও দুইটী কর্পোরা ক্যাভার্ণোসা আছে। সেই কর্পোরদ্বয় দুইটী ক্রুরা দ্বারা পিউবিস ও ইস্কিয়মের শাখার সহিত সংলগ্ন। ইহাতে একটী বন্ধনী (সস্পেন্সারী লিগেমেণ্ট) ও দুইটী ক্ষুদ্র পেশি (ইরেক্টোরিস্ ক্লাইটোরাইডিস্) আছে। ক্লাইটোবিসের অগ্রভাগ অধিক "সেন্সিটিভ" অর্থাৎ ইহা অতি সহজে উত্তেজিত হইয়া থাকে। কেহ কেহ ইহাকে ক্লাই-টোবিসের গ্লান্স বলিয়া বর্ণন করিয়া থাকেন। ক্ষুদ্র ওষ্ঠদ্বয় নিম্ন হইতে উত্থিত হইয়া কিরূপে ভগাঙ্কুরের সহিত সংলগ্ন হইয়াছে, পূর্ব্বে তাহা বর্ণিত হইয়াছে।

মিয়েটস ইউরিনেরিয়স্।—ক্লাইটোরিসের নিম্নে একটী ত্রিকোণাকার প্রদেশ আছে; ইহা যোনিদ্বারের সম্মুখ প্রান্ত পর্য্যন্ত বিস্তৃত। এই ত্রিকোণ স্থানের পার্শ্বসীমা লেবিয়া মাইনোরা দ্বারা সংবদ্ধ। এই সীমাকে ভেষ্টিবিউল কহে। ভেষ্টিবিউলের পশ্চাদ্ভাগে মিয়েটস ইউরিনেরিয়স্ বা প্রস্রাব-দ্বার সংস্থিত। প্রস্রাব-পথের বহির্দ্বারকে মিয়েটস ইউরিনেরিয়স্ বলা যায়। প্রস্রাব-পথ প্রায় দেড় ইঞ্চ দীর্ঘ। ইহা যোনির সম্মুখ প্রাচীরের সহিত সংলগ্ন। এইজন্য ইহার শেষভাগ—মিয়েটস—

যোনির সম্মুখ প্রাচীরের মধ্যস্থলের ঠিক উপরে দৃষ্ট হইয়া থাকে। এইস্থল ক্লাইটোরিসের প্রায় এক ইঞ্চ নিম্নে স্থিত এবং ইহার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি কিঞ্চিৎ উচ্চ। এই উচ্চতার মধ্যস্থলে প্রস্রাব নির্গমনদ্বারের ছিদ্র অঙ্গুলি স্পর্শে স্পষ্ট অনুভূত হইয়া থাকে।

ক্যাথিটার প্রবেশন।—মূত্রাশয়ে ক্যাথিটার প্রবেশিত করিবার নিমিত্ত মিয়েটস ইউরিনেরিয়সের স্থিতিস্থানবিষয়ে চিকিৎসকের সম্যক্ জ্ঞান থাকা আবশ্যক। এবিষয়ে অভিজ্ঞতা থাকিলে রোগিনীর গুহ্যপ্রদেশ আবৃত রাখিয়াই শলাকা চালাইতে পারা যায়। ক্লাইটোরিসের উপর অঙ্গুলি রাখিয়া যদি তাহা ভেষ্টিবিউলের উপর দিয়া অধোভাগে লইয়া আসা হয়, তাহা হইলে তথায় একটী কোমল উচ্চস্থান অনুভূত হইয়া থাকে। এই উন্নত স্থল ক্লাইটোরিসের প্রায় এক ইঞ্চ নিম্নে এবং সিম্ফিসিসের নিম্ন প্রান্তের ঠিক অধোভাগে দেহের মধ্যরেখায় সংস্থিত। এই উৎসেধের মধ্যভাগে স্পর্শদ্বারা প্রস্রাবপথের ছিদ্র নির্ণয় করিয়া শলাকা চালিত করিতে পারা যায়। এরূপ না করিয়া যোনিমুখের সম্মুখ প্রাচীরের অব্যবহিত ঊর্দ্ধভাগে অঙ্গুলি স্থাপন করিলে মিয়েটস্ অনুভূত হইতে পারে। যোনির সম্মুখ প্রাচীরের ঊর্দ্ধভাগের ঠিক মধ্যস্থলে মিয়েটস্ সংস্থিত ; এইজন্য দুইটী অঙ্গুলি উত্তানভাবে পাশাপাশী একত্র করিয়া যোনির অভ্যন্তরে প্রবেশিত করিলে, সেই অঙ্গুলিদ্বয়ের মধ্য রেখার উপর দিয়া যদি শলাকা চালিত করা যায়, শলাকার অগ্রভাগ প্রায়ই প্রস্রাবপথে প্রবেশিত হইয়া পড়ে। তৎকালে যোনির ভিতর অঙ্গুলিদ্বয় থাকাতে শলাকার গতি সুচারুরূপে বুঝিতে পারা যায় ;—শলাকা যদি প্রস্রাবপথে চালিত না হইয়া যোনিমধ্যে প্রবেশিত হয়, তাহা হইলে তৎক্ষণাৎ তাহা অনুভূত হইয়া থাকে। পীড়া কিম্বা অন্য কোন কারণে মিয়েটসের স্থিতিস্থান উক্তরূপে নিরূপিত না হইলে রোগিনীর গুহ্যপ্রদেশ আবরণোন্মুক্ত করিয়া শলাকা চালিত করিতে হয়। প্রস্রাবপথের গতি সম্মুখ ও নিম্ন হইতে ঊর্দ্ধ ও পশ্চাদ্ভাগে বিস্তৃত, এইজন্য শলাকাও ঐ গতিতে প্রবেশিত করা আবশ্যক।

যোনিমুখ ও হাইমেন।—মিয়েটস্ ইউরিনেরিয়সের নিম্নে যোনিমুখ সংস্থিত। বালিকা বয়সে এই মুখে একটী পাতলা আবরণ থাকে ;

এই আবরণকে হাইমেন বা সতীচ্ছদ বলা যায়। হাইমেন প্রধানতঃ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে নির্ম্মিত; ইহাতে পৈশিক তন্তু, সেলুলার টিস্থ, রক্তবহা নালী ও স্নায়ুরও সন্নিবেশ আছে। অনেক স্থলে হাইমেন যোনিমুখের নিম্নভাগে থাকে; ইহা দেখিতে অর্দ্ধচন্দ্রাকার, ইহার কন্‌কেভ বা হ্যুব্জ কিনারা উর্দ্ধভাগে অবস্থিত। কাহার কাহার সতীচ্ছদ গোলাকার ও ইহার মধ্যস্থলে একটী ছিদ্র থাকে; কাহার কাহার আবার তাহাতে অনেকগুলি ছোট ছোট ছিদ্র দেখিতে পাওয়া যায়। কাহারও বা সতীচ্ছদে আদৌ ছিদ্র থাকে না; সেরূপ হাইমেন যোনিমুখের পূর্ণ আবরণ উৎপাদন করিয়া থাকে। হাইমেনের উক্তরূপ প্রকৃতি প্রযুক্ত ইংরেজিতে ইহা ক্রেসেণ্টিক্ বা অর্দ্ধচন্দ্রাকার, এন্যুলর বা এক ছিদ্রান্বিত, ক্রিব্রিফর্ম্ম বা বহুছিদ্রান্বিত ও ইম্পার্ফোরেট বা অচ্ছিদ্র প্রকৃতির হাইমেন বলিয়া বর্ণিত হইয়া থাকে। কাহার কাহারও হাইমেন আদৌ না থাকিতে পারে।

পুরুষের সহিত প্রথম সংসর্গে হাইমেন প্রায়ই ছিন্ন হইয়া থাকে। কাহার কাহার হাইমেন এত কঠিন যে, পুরুষ সহবাসে ছিঁড়িয়া যায় না এবং পুরুষ-সংসর্গে বাধা জন্মাইতে পারে। অচ্ছিদ্র সতীচ্ছদ কঠিন হইলে ঋতুশোণিত নিঃসারণ ও পুরুষ সহবাসের জন্য ছুরিকা দ্বারা তাহা কর্ত্তন করিয়া দেওয়া অবশ্য কর্ত্তব্য হইয়া পড়ে। কোন কোন স্থলে সামান্য কারণেই সতীচ্ছদ ছিন্ন হইয়া থাকে, প্রথম ঋতুকালে অথবা পাদযুগলের অধিক বিস্ফারণেও ইহা ছিঁড়িয়া যাইতে পারে। এরূপ ঘটিলেই কুমারী বয়সেই সতীচ্ছদ না থাকিতে পারে এবং পুরুষ-সহবাসেও কোন কোন স্থলে সতীচ্ছদ অক্ষুণ্ণ থাকাতে ইহা কুমারীত্বের প্রমাণ বলিয়া গৃহীত হইতে পারে না।

সতীচ্ছদ বিচ্ছিন্ন হইলে ইহার অবশেষ গুটিকত ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র উচ্চতায় পরিণত হয়; ইহারা যোনিমুখ বেষ্টন করিয়া থাকে; ইহাদিগকেই ক্যারাঙ্কিউলি মার্টিফর্ম্মিস্ কহে।

যোনি।—যোনি একটী নলাকার নালী; ইহা ভল্‌ভা হইতে জরায়ু পর্য্যন্ত বিস্তৃত। ইহা বক্রভাবে বস্তিগহ্বরের অক্ষে সংস্থাপিত। ইহার উপরিভাগের অক্ষ বস্তিগহ্বরের অক্ষের সহিত একরেখান্বিত; কিন্তু ইহার মুখ বস্তির নির্গমনদ্বারের কিঞ্চিৎ সম্মুখে স্থিত; এইজন্য বস্তি ও যোনির

নিম্ন অংশের অক্ষ সেইরূপ একরেখান্বিত নহে এবং যোনির নিম্ন অংশের বক্রতা উপরি অংশের বক্রতা অপেক্ষা অধিক। প্রসবকালে অভ্যন্তরীণ চাপে পেরিনিয়ম বিস্ফারিত হওয়াতে ইহার অগ্রভাগ সম্মুখভাগে প্রসারিত হয়, তাহাতে যোনিমুখের অক্ষ আরও সম্মুখভাগে অগ্রসর হইয়া থাকে। পূর্ব্বে লিখিত হইয়াছে, অস্থিময় বস্তির নির্গমনদ্বারের অক্ষ নিম্ন ও কিঞ্চিৎ পশ্চাদ্ভাগে লম্বমান; কিন্তু কোমল টিস্থময় প্রসবপথের অক্ষ প্রসব কালে নিম্ন ও প্রায় সম্মুখীন হইয়া থাকে। যোনি নিম্নাংশে সঙ্কীর্ণ; কিন্তু উর্দ্ধে প্রসারিত হইয়া জরায়ু গ্রীবার যৌন অংশকে ব্যাপ্ত করিয়া রহিয়াছে। কুমারীদিগের যোনিমুখ গোলাকার, কিন্তু যাহাদের পুরুষ সংসর্গ বা সন্তানাদি হইয়াছে, তাহাদের যোনিমুখ একটী উর্দ্ধাধঃ ফাটের ন্যায় পরিলক্ষিত হইয়া থাকে। ইহার পশ্চাৎ প্রাচীর অপেক্ষা সম্মুখ প্রাচীর খর্ব্বায়তন, সম্মুখ প্রাচীরের দৈর্ঘ্য প্রায় ২½ ইঞ্চ। কিন্তু পশ্চাৎ প্রাচীর তাহা অপেক্ষা প্রায় আধ ইঞ্চ বেশি দীর্ঘ। কোন কোন স্থলে ইহাদের মাপ-পরিমাণ আরও অধিক হইয়া থাকে। যোনির সম্মুখ ও পশ্চাৎ প্রাচীর স্বভাবতঃ একত্র সংসক্ত থাকে; কিন্তু যোনি মধ্যে অঙ্গুলি প্রবেশিত করিলে ইহা ফাঁক হইয়া পড়ে। যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি অতিশয় ঘন অনুপ্রস্থ স্তবে সজ্জিত। যোনিমুখের নিকট—বিশেষতঃ সম্মুখ প্রাচীরের নিম্নভাগে এই সকল স্তরের ঘন সন্নিবেশ দেখিতে পাওয়া যায়। অল্পবয়স্কা স্ত্রীলোকদিগের যোনি সঙ্কীর্ণ, এবং শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির ভাঁজগুলি ঘন ও পুরু। সন্তানাদি হইলে যোনির আয়তন প্রসারিত হইয়া থাকে; তাহাতে ভাঁজগুলিও পাতলা হইয়া আইসে। যোনি প্রাচীরে পৈশিক তন্তু, সেলিউলার টিস্থ, স্নায়ু ও রক্তবহা নালী সমূহের সন্নিবেশ দেখিতে পাওয়া যায়। গর্ভাবস্থায় যোনির পৈশিক তন্তু বৃদ্ধি পায়; কিন্তু সে বৃদ্ধি জরায়ুর পৈশিক তন্তুর বৃদ্ধির ন্যায় তত অধিক নহে।

যোনির সম্মুখে মূত্রাশয় ও প্রস্রাব-পথ; পশ্চাতে রেকটম্ ও পেরিটোনিয়ম (ডগ্‌লসের পৌচ); দুইপার্শ্বে পেল্‌ভিক ফ্যাশিয়া ও ব্রড লিগামেণ্ট; উর্দ্ধে ইহা জরায়ুর সহিত সমন্বিত।

যোনি ও ভল্‌ভার রক্তবহা নালী সমুদায় অনেক পরিমাণে ইরেক্টাইল টিস্থুর প্রকৃতিতে সংস্থিত। যোনিমুখের পশ্চাদ্ভাগে দুই দিকে দুইটী

বাদামাকৃতি গ্লাণ্ড বা গ্রন্থি আছে; ইহারা পুরুষদিগের কাউপার্স গ্লাণ্ডের অনুরূপ; পুরুষসহবাসকালে স্ত্রীলোক উত্তেজিত হইলে এই গ্লাণ্ডদ্বয় হইতে একপ্রকার তরল স্বচ্ছ আঠাবৎ নিঃস্রবণ নির্গত হইয়া থাকে; তাহাতে যোনি-মুখের আর্দ্রতা বৃদ্ধি পায়। এতদ্ব্যতীত যোনিমুখের নিকট—বিশেষতঃ নিম্নের উপর অনেকগুলি সিবেশস গ্রন্থি আছে; তৎসমুদায়েরও নিঃস্রবণ দ্বারা যোনিদ্বারের আর্দ্রতা সংরক্ষিত হইয়া থাকে। যোনিপ্রাচীরে এইরূপ নিঃসারক গ্রন্থি সমূহের সমাবেশ দেখা যায় না; কিন্তু ইহার সকল স্থলেই অনেকগুলি প্যাপিলী সংস্থিত আছে।

পেরিনিয়ম। যোনিমুখের পশ্চাৎ ও মলদ্বারের সম্মুখ প্রান্তের মধ্য-বর্ত্তী প্রদেশকে পেরিনিয়ম কহে। ইহার দৈর্ঘ্য প্রায় দেড় ১½ ইঞ্চ। ইহার মধ্যস্থলে একটী উচ্চরেখা সম্মুখ হইতে পশ্চাদ্ভাগে লম্বিত হইয়া ইহাকে দুই ভাগে বিভক্ত করিয়াছে। উর্দ্ধে যোনি ও রেকটম্ এবং নিম্নে পেরিনিয়ম; এই সীমার মধ্যে যে ত্রিকোণাকার সংযোজক টিশুসমষ্টি সংস্থিত, তাহাকে "পেরিনিয়াল বডি" বলা যাইতে পারে। প্রসবকালে এই সমস্ত অংশ অতি-শয় বিস্ফারিত ও দীর্ঘায়তন হইয়া প্রসবপথের দৈর্ঘ্য বৃদ্ধি করিয়া থাকে; তাহাতে পেরিনিয়ম সম্মুখভাগে প্রসারিত হইয়া পড়ে

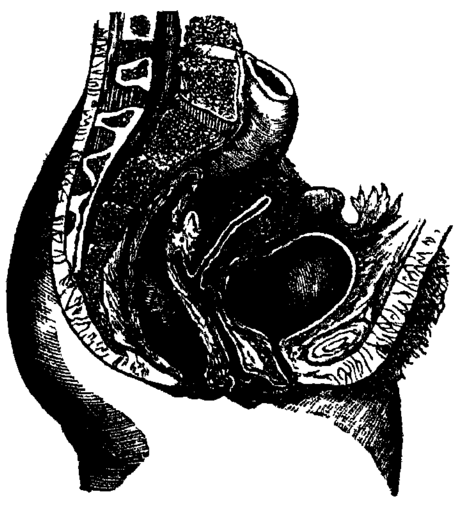
অন্তর্জননেন্দ্রিয়।

জরায়ু—জরায়ু একটী ফাঁপা পেশীময় যন্ত্র; অনুপ্রাণিত ওভাম ইহার অভ্যন্তরে পরিস্ফুরিত, পরিপুষ্ট ও পরিবর্দ্ধিত হইয়া পূর্ণ ভ্রূণে পরিণত হয়, পরে প্রসবকাল উপস্থিত হইলে প্রধানতঃ ইহা দ্বারাই বহি-র্নিঃসারিত হইয়া থাকে। জরায়ুর আকৃতি কতকটা পেয়ারা ফলের ন্যায়, কিন্তু সম্মুখপশ্চাতে কিঞ্চিৎ চাপা বা চ্যাপটা; উর্দ্ধ অংশ ফণ্ডাস, মধ্য অংশ দেহ এবং নিম্নাংশ গ্রীবা, ইহা এই তিন ভাগে বিভক্ত।

জরায়ু বস্তিগহ্বরে যোনির উর্দ্ধভাগে সংস্থিত; ইহার গহ্বরের অক্ষ ও বস্তির প্রবেশদ্বারের অক্ষ প্রায় একরেখান্বিত। ইহার ফণ্ডাস এরূপ উর্দ্ধ ও সম্মুখভাবাপন্ন এবং গ্রীবা পশ্চাৎ ও নিম্নভাবে স্থাপিত যে, ফণ্ডাস

ও গ্রীবার মধ্যবিন্দুর সংযোজক সরল রেখা নিম্নভাগে চালিত করিলে সেক্রম ও ককসিক্সের সংযোগস্থলে নিপতিত হইবে। ইহা দুই পার্শ্বে রাউণ্ড ও ব্রড লিগেমেণ্টদ্বারা সংরক্ষিত; ইহার সম্মুখে মূত্রাশয় ও পশ্চাতে রেক্‌টম বা সরল অন্ত্র সংস্থিত। শিথিল বন্ধনীদ্বারা আবদ্ধ থাকাতে, জরায়ু কতকটা সঞ্চালনশীল;—ইহাকে এপাশ ওপাশ, উর্দ্ধ ও অধোভাগে সঞ্চালিত করিতে পারা যায়। এই জন্য নিকটস্থ যন্ত্রসমুদায়ের অবস্থা অনুসারে জরায়ুর স্থিতিস্থলের তারতম্য ঘটিয়া থাকে। মূত্রাশয় পরিপূর্ণ থাকিলে পশ্চাতে রেক্‌টমের অভিমুখে ইহা চালিত হইয়া থাকে; সেইরূপ আবার রেক্‌টম মলপূর্ণ থাকিলে জরায়ুকে সম্মুখে মূত্রাশয়ের দিকে চালিত করে। জরায়ুর উর্দ্ধভাগ বস্তিতটের কিঞ্চিৎ নিম্নস্থিত, শৈশবে ইহা আরও উর্দ্ধস্থিত থাকে।

৭ম চিত্র।



জননেন্দ্রিয়।

১, জরায়ু, ২, মূত্রাশয়, ৩, যোনি, ৪, প্রস্রাব পথ ৫, সরল অন্ত্র।

জরায়ুর দুই পার্শ্বে যথায় ফ্যালোপিয়ন নালীদ্বয় প্রবিষ্ট হইয়াছে, তাহার ঊর্দ্ধস্থ গোলাকার অংশকে ফণ্ডাস কহে। ফণ্ডাসের নিম্নে এবং জরায়ুগ্রীবার ঊর্দ্ধে জরায়ুর যে অংশ স্থাপিত, তাহাকে ইহার বডি বা দেহ বলা যায়। বডির ঊর্দ্ধভাগের প্রসর অধিক, নিম্নে ইহা ক্রমশঃ সরু হইয়া গ্রীবার সহিত সমন্বিত হইযাছে, এইজন্য ইহার বহিরবয়ব অনেক পরিমাণে ত্রিকোণাকার। জরায়ুদেহের বাহ্য আকৃতি অনুসারে ইহার গহ্বরও ত্রিকোণাকার ;—উপরিভাগে প্রশস্ত এবং দুই পার্শ্বে ফ্যালোপিয়ন নালীদ্বয়ের ছিদ্র সংস্থিত। জরায়ুর নিম্ন অংশকে সার্ভিক্স বা গ্রীবা কহে; ইহাও ঊর্দ্ধ হইতে ক্রমান্বয়ে সরু হইয়া আসিয়াছে। এই গ্রীবার অভ্যন্তরীণ নালী সরু; ইহার মধ্যস্থল ঊর্দ্ধ এবং অধোভাগ অপেক্ষা কিঞ্চিৎ মোটা। ঊর্দ্ধভাগ যে স্থলে গহ্বরের সহিত মিলিত হইযাছে, তাহাকে "অসইণ্টার্ণম" বা অন্তর্মুখ বলা যায়; নিম্ন মুখকে "অসএক্স্টার্ণম" বা বহির্মুখ কহে। অস-এক্স্টার্ণম কখন কখন জরায়ুমুখ নামেও আখ্যাত হইয়া থাকে। বার্দ্ধক্যে গ্রীবানালী ছোট হইয়া আইসে এবং জরায়ুর অন্ত ও বহির্মুখ পরস্পরের নিকট হইয়া পড়ে; তখন গ্রীবার যোন অংশ আর থাকে না।

জরায়ুমুখের সম্মুখ ও পশ্চাতে দুইটী ওষ্ঠ আছে; গ্রীবার বহির্মুখ এই দুই ওষ্ঠের মধ্যে একটী অনুপ্রস্থ ফাটের ন্যায় সংস্থিত। পশ্চাৎ ওষ্ঠ অপেক্ষা সম্মুখ ওষ্ঠ অধিক পুরু; এই জন্য প্রসব-কালে পশ্চাৎ ওষ্ঠাপেক্ষা সম্মুখ ওষ্ঠের বিস্ফারণে অধিক সময় লাগে (১); তন্নিবন্ধন সময়ে সময়ে প্রসবে বিঘ্ন সংঘটিত হইয়া থাকে। যোনির সম্মুখ প্রাচীর অপেক্ষা পশ্চাৎ প্রাচীর অধিক ঊর্দ্ধভাগে বিস্তৃত। এই জন্য পশ্চাৎ প্রাচীর ও গ্রীবার মধ্যস্থিত স্থলের পরিমাণ অপেক্ষাকৃত অধিক। এই স্থলকে "পোষ্টিরিয়র ভ্যাজাইন্যাল কুলডিস্যাক্" বা যোনির পশ্চাদ্‌গহ্বর বলা যায়। যোনির এই স্থলের পশ্চাতে পেরিটোনিয়ম,—ডগ্‌লসের পৌচ সংস্থিত।

উপরে যে সমস্ত বিষয়ের আলোচনা হইয়াছে, এক্ষণে তৎসমুদায়ের সার সঙ্কলিত হইল; প্রথম, গ্রীবার বহির্মুখ এবং বহির্মুখের সম্মুখ ও পশ্চাৎ

১। প্রসব-প্রক্রিয়া অধ্যায় দ্রষ্টব্য।

ওষ্ঠ; সম্মুখ ওষ্ঠ পশ্চাৎ ওষ্ঠ অপেক্ষা পুরু; তাহার পর গ্রীবানালী; গ্রীবানালী যে স্থলে জরায়ু-গহ্বরের সহিত মিলিত হইয়াছে, তাহাকে, ইহার অন্তর্মুখ কহে। পরে ত্রিকোণাকার জরায়ুগহ্বর। এই সকলের অক্ষ-সমষ্টি পশ্চাৎ ও নিম্নভাগ হইতে উর্দ্ধ ও সম্মুখভাগে চালিত হইয়াছে। জরায়ু স্বাভাবিক ভাবে থাকিলে এই গতিতেই "সাউণ্ড" প্রবেশিত করিতে হয়। সাউণ্ডের ন্যুব্জভাগ সম্মুখে ও কুব্জভাগ পশ্চাতে থাকে।

গর্ভ প্রযুক্ত জরায়ুর আকারের পরিবর্ত্তন হইয়া থাকে; সেই পরিবর্ত্তিত অবস্থা কিয়ৎ পরিমাণে চিরকালের জন্যও থাকিয়া যায়। নিম্ন প্রকটিত তালিকা দ্বারা কৌমার জরায়ু ও সন্তানোৎসৃষ্ট জরায়ুর পার্থক্য স্পষ্ট উপলব্ধ হইবে:—

কৌমার জরায়ু।	সন্তানোৎসৃষ্ট জরায়ু।
২½ ইঞ্চ দীর্ঘ।	৩ ইঞ্চ দীর্ঘ।
জরায়ু-গ্রীবা ও দেহ সমান দীর্ঘ।	জরায়ু-দেহ ২ইঞ্চ ও গ্রীবা ১ইঞ্চ দীর্ঘ।
জরায়ু-গহ্বরের পার্শ্ব-প্রাচীর ভিতর-দিকে কন্‌ভেক্স বা কুব্জ।	জরায়ু-গহ্বরের পার্শ্ব প্রাচীর ভিতর দিকে কন্‌কেভ বা ন্যুব্জ।
অসএক্‌ষ্টার্ণম বা বহির্মুখ অনুপ্রস্থ, ও ইহার কিনারা সমতল।	অসএক্‌ষ্টার্ণম বা বহির্মুখ বিষম; ও ইহার কিনারা কাটযুক্ত।

কৌমার জরায়ু ওজনে ৯।১০ ড্রাম হইয়া থাকে।

জরায়ুর নির্ম্মাণ-প্রকরণ।—জরায়ু তিনটী "কোটে" বা সংচ্ছদে গঠিত;—মিউকস বা শ্লৈষ্মিক, মস্কুলার বা পৈশিক ও পেরিটোনিয়াল। জরায়ুর শ্লৈষ্মিক সংচ্ছদ ইহার প্রাচীরের অভ্যন্তরভাগে সংস্থিত এবং ইহার নিম্নস্থিত পৈশিক কোটের সহিত দৃঢ়ভাবে সংযুক্ত। এই ঝিল্লি, বিশেষতঃ ইহার যে অংশ জরায়ুদেহের মধ্যস্থলে স্থিত, সাতিশয় পুরু এবং শোণিতাধিক্য বশতঃ ইহার বর্ণ রক্তিমাভ। জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি কলম্নার প্রকৃতি; ইহাতে সিলিয়া সংস্থিত আছে। সিলিয়ার গতি নিম্ন হইতে উর্দ্ধভাবে। ডাক্তার প্লেফেয়ার বলেন এই গতি ভিতর হইতে বহির্দ্দিকে হইয়া থাকে, জরায়ু গ্রীবার উপরি অংশের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিও উক্তরূপ প্রকৃতিবিশিষ্ট

ইহাতেও সিলিয়ার সংস্থিতি দেখা যায়। নিম্ন অংশ স্কোয়েমস প্রকৃতির; ইহাতে সিলিয়ার সংস্থান নাই। জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে বহুসংখ্যক সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম নলাকার গ্রন্থি আছে; ইহাদিগকে ইউট্রিকিউলার গ্লাণ্ড বলা যায়। বোধ হয় এই সকল গ্রন্থি কলম্নার প্রকৃতির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি দ্বারা গঠিত। গ্রীবার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি দ্রাঘিষ্ঠ ও অনুপ্রস্থ ভাবে উচ্চ এবং স্তরে স্তরে সজ্জিত; এই উচ্চ স্তবগুলিকে "আর্ব্বর ভাইটি" বা জীবন-পাদপ বলা যায়। এই স্তবগুলির মধ্যস্থিত নিম্ন প্রদেশে অনেকগুলি শ্লেষ্মা-নিঃসাবক গ্রন্থি আছে; প্রসবকালে ইহাদের নিঃস্রবণ এই স্থলকে পিচ্ছিল করিয়া রাখে এবং অগর্ভাবস্থায় লিউকোরিয়া রোগের প্রধান উৎপত্তিস্থল-রূপে কার্য্য করিয়া থাকে।

পৈশিক "কোট" তিনটী স্তরে বিভক্ত। ১ম—বাহ্যস্তর; ইহা প্রধানতঃ দ্রাঘিষ্ঠ এবং ইহা দ্বারাই ফ্যালোপিয়ন নালী, ও বৌণ্ড এবং ব্রড লিগেমেণ্ট সমূহে তন্তুমালা বিক্ষিপ্ত হইয়াছে। ২য়—মধ্যস্তর; এইস্তরে দ্রাঘিষ্ঠ ও অনু-প্রস্থ তন্তু সমূহের একত্র সমাবেশ দেখা যায়; এই স্তরেই জরায়ুর প্রধান প্রধান রক্তবহা নালীসমূহ সংস্থিত। ৩য়—অন্তঃস্তর; ইহা বৃত্তাকার তন্তু-জালের সমষ্টি; ফ্যালোপিয়ন নালীদ্বয় ও জরায়ুর অন্তর্মুখে ঐ সমস্ত তন্তুর প্রাচুর্য্য দেখিতে পাওয়া যায়।

পেরিটোনিয়াল "কোট" দ্বারা জরায়ুর সমগ্র পশ্চাৎ প্রাচীর ও সম্মুখ প্রাচীরের ত্রিচতুর্থাংশ আচ্ছাদিত। পেরিটোনিয়ম ক্রমশঃ নিম্নভাগে যোনির পশ্চাৎ প্রাচীরের ঊর্দ্ধ অংশের উপরিভাগ দিয়া প্রসারিত হইয়া রেক্টমের দিকে প্রত্যাবৃত্ত হইয়াছে; এইস্থলে "ডগ্‌লস পৌচ" সংস্থিত। সম্মুখে, পেরিটোনিয়ম মূত্রাশয়ের অভিমুখে প্রত্যাবৃত্ত হইয়াছে এবং দুই পার্শ্বে ব্রড লিগেমেণ্টদ্বয়ের সহিত সমন্বিত রহিয়াছে।

জরায়ুর রক্তবহা নালীসমূহ।—জরায়ুতে ইউটারাইন ও ওভেরি-য়ান ধমনী বিস্তৃত; ইউটারাইন ধমনী ইণ্টার্ন্যাল ইলিএক্ ধমনী হইতে এবং ওভেরিয়ান ধমনী এয়োর্টা হইতে উত্থিত হইয়াছে। এই ধমনীদ্বয় হইতে ক্রমশঃ শাখা প্রশাখা উৎপাদিত হইয়া কুটিল গতিতে বিস্তারিত রহিয়াছে এবং পরে সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম ক্যাপিলারী নালীতে পরিণত হইয়াছে। এই সমস্ত ক্যাপিলারী

পরস্পরে জড়িত হইয়া শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে জালাকারে পরিব্যাপ্ত রহিয়াছে। অতি সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম শিরা সমূহ এই সমস্ত ক্যাপিলারী হইতে শোণিত গ্রহণ করিয়া, ক্রমে পরস্পরে মিলিত হইয়া মোটা মোটা শিরা প্রস্তুত করিতে থাকে। বৃহৎ শিরাগুলির প্রাচীর পাতলা; এইগুলি প্রধানতঃ মধ্য পৈশিক সংচ্ছদে সংস্থিত। এই সমস্ত বৃহৎ শিরাকে সাইনস্ বলা যায়। এই সকল সাইনস্ হইতে প্রধানতঃ ওভেরিয়ন শিরা দ্বারা শোণিত আবর্ত্তিত হইয়া থাকে। ওভেরিয়ন শিরাগুলি প্রথমতঃ প্লেক্সসে পরিণত হয়। এই প্লেক্সসকে প্যাম্পিনিফর্ম্ম প্লেক্সস্ কহে। ব্রড লিগেমেণ্ট এই প্লেক্সসে সংস্থিত।

লিম্ফ্যাটিক।—জরায়ুতে অনেক গুলি বড় বড় লিম্ফ্যাটিক বা লসিকানালী আছে; যেগুলি ইহার গাত্রে সংস্থিত, সেগুলি লম্বার গ্লাণ্ডে শেষ হইয়াছে; ইহার গ্রীবাস্থিত লিম্ফ্যাটিক গুলি পেল্ভিক গ্ল্যাণ্ডে পর্য্যবসিত হইয়াছে।

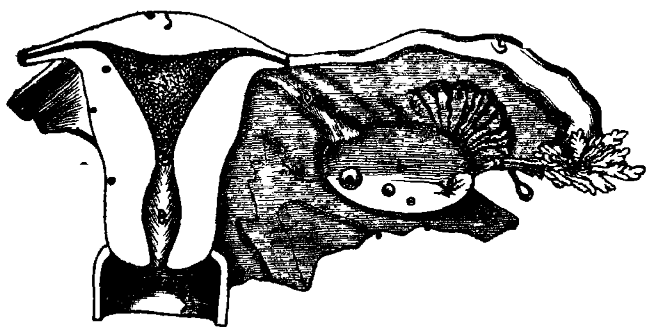
স্নায়ু।—ওভেরিয়ন, হাইপোগ্যাষ্ট্রিক, প্লেকসস এবং তৃতীয় ও ৪র্থ সেক্রাল স্নায়ু হইতে জরায়ুর স্নায়ু সমূহ সমুত্থিত। সেক্রোস্পাইন্যাল স্নায়ুগুলি কেবল জরায়ু-গ্রীবাতে বিস্তারিত আছে।

জরায়ুর অস্বাভাবিক গঠন।—মানবীয় জরায়ুর একটী মাত্র গহ্বর; কিন্তু ইতর-প্রাণীবর্গের দুইটী জরায়ু অর্থাৎ দুইটী গহ্বর দেখিতে পাওয়া যায়। তবে মানবীয় জরায়ুর স্বাভাবিক পরিস্ফুরণ কোন কারণে প্রতিরুদ্ধ হইলে সময়ে সময়ে দুইটী জরায়ু লক্ষিত হইয়া থাকে। জরায়ুর একদিকের পরিস্ফুরণ হইলে জরায়ু "ওয়ান হর্ণড্" বা একশৃঙ্গ হইতে পারে এবং ইহার মধ্যস্থলে ব্যবধান থাকিয়া যাওয়াতে ইহাকে আংশিক বা সম্পূর্ণরূপে বিভাগ করিতে পারে। এরূপ ব্যবধান কোন কোন স্থলে যোনি পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইয়া দুইটী জরায়ু ও দুইটী যোনি উদ্ভাবিত করিয়া থাকে। এরূপ স্থলে জরায়ুর উর্দ্ধ দুই অংশ অল্প বা অধিক পরিমাণে পৃথক্ হওয়াতে "টু-হর্ণড" বা দ্বিশৃঙ্গ হইতে পারে।

জরায়ুর লিগেমেণ্ট বা বন্ধনী।—জরায়ুর তিনটী লিগেমেণ্ট বা বন্ধনী;—ব্রড লিগেমেণ্ট, ভেসিকো ইউটারাইন লিগেমেণ্ট এবং সেক্রো-

ইউটারাইন লিগেমেণ্ট। জরায়ুর দুইপার্শ্বে দুইটী ব্রড লিগেমেণ্ট সংস্থিত। প্রত্যেক ব্রড লিগেমেণ্ট তিনটী স্তরে বিভক্ত; ইহার সম্মুখ স্তরে রৌণ্ড লিগেমেণ্ট, মধ্যস্তরে ফেলোপিয়ন নালী এবং নিম্নস্তরে ওভেরী অবস্থিত। জরায়ুর সমস্ত শিরা ও স্নায়ু এই ব্রড লিগেমেণ্টের ভিতর দিয়া জরায়ুতে প্রবিষ্ট হইয়াছে। ভেসিকো-ইউটারাইন লিগেমেণ্ট জরায়ুকে মূত্রাশয়ের সহিত এবং সেক্রো-ইউটারাইন লিগেমেণ্ট ইহাকে সেক্রমের সহিত সংযুক্ত করিয়া রাখিয়াছে। এই তিনটী বন্ধনী পেরিটোনিয়মের দ্বারা নির্ম্মিত। রৌণ্ড লিগেমেণ্টদ্বয় জরায়ুর উর্দ্ধ কোণদ্বয় হইতে উত্থিত হইয়া নিম্ন ও সম্মুখভাবে আসিয়া ইঙ্গুইন্যাল নালীতে প্রবেশ করিয়াছে, পরে উভয়ে দুই পার্শ্বের দুইটি বৃহদোষ্ঠে শেষ হইয়াছে। রৌণ্ড লিগেমেণ্ট প্রধানতঃ পৈশিক তন্তুদ্বারা গঠিত।

৮ম চিত্র।



অন্তর্জননেন্দ্রিয়ের পশ্চাৎ দৃশ্য।

১, জরায়ুর ফণ্ডাস; ২, জরায়ু-গহ্বর; ৩, সার্ভিক্সের অন্তর্মুখ; ৪, গ্রীবানালী; ৫, সার্ভিক্সের বহির্ম্মুখ; ৬, ফ্যালোপিয়ন নালী; ৭, ফ্যালোপিয়ন নালীর অন্তর্ম্মুখ; ৮, ওভেরি; ৯, ব্রডলিগেমেণ্ট, ১০, ওভেরির লিগেমেণ্ট; ১১, ওভেরির সহিত সংযুক্ত ফিম্ব্রিয়ম; ১২, যোনি।

ফ্যালোপিয়ান টিউব বা নালী।—জরায়ুর উর্দ্ধস্থিত দুইদিকের দুইটী কোণ হইতে ফ্যালোপিয়ন নালীদ্বয় উৎপন্ন এবং বক্রভাবে চালিত হইয়া দুইদিকের ওভেরিদ্বয় পর্য্যন্ত বিস্তৃত রহিয়াছে। এক একটী নালী

৩৪ ইঞ্চ দীর্ঘ। ইহারা প্রধানতঃ পৈশিক তন্তুতে গঠিত; ইহাদের প্রাচীরাভ্যন্তরীণ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে সিলিয়া সংস্থিত; এই সকল সিলিয়ার গতি জরায়ুর অভিমুখে লক্ষিত হইয়া থাকে। ফ্যালোপিয়ান নালীর যে দিক ওভেরিতে শেষ হইয়াছে, সেই দিকের আকার "ফিম্ব্রিয়েটেড" বা ঠিক ঝালরের ন্যায়; দেখিলে বোধ হয় যেন, উহাদের মুখ হইতে অনেকগুলি শাখা বহির্গত হইয়াছে। উহাদের মধ্যে বৃহত্তম শাখাটী ওভেরির সহিত সংযুক্ত থাকে। ঋতুকালে ওভেরির যে অংশ হইতে ওভাম নির্গত হয়, এই সমস্ত শাখা সেই অংশকে জড়াইয়া ধরে; তাহাতে ওভাম পেরিটোনিয়াল গহ্বরের ভিতর স্খলিত হইতে না পাইয়া ফ্যালোপিয়ান নালী মধ্যে প্রবিষ্ট হয় এবং ক্রমে জরায়ু গহ্বরে চালিত হয়।

ওভেরি।—ওভেরি দুইটী; ইহারা জরায়ুর দুই পার্শ্বে ব্রডলিগেমেন্ট-দ্বয়ের "পোষ্টিরিয়র ফোল্ড" বা পশ্চাৎ ভাঁজে স্থিত। ইহারা অনেক পরিমাণে ডিম্বাকার। ইহাদের গোল প্রশস্ত অংশ বাহির দিকে এবং সরু অংশ অভ্যন্তর দিকে সংস্থিত। সরু অংশ জরায়ুর সহিত একটী বন্ধনীদ্বারা আবদ্ধ; ইহাকে ওভেরির লিগেমেন্ট কহে। বহির্দিকের স্থূল অংশ ফ্যালোপিয়ান নালীর একটী ফিম্ব্রিয়মের সহিত সংযুক্ত। প্রত্যেক ওভেরি এক হইতে দুই ইঞ্চ লম্বা, প্রায় ¾ ইঞ্চ চওড়া এবং অর্দ্ধ ইঞ্চ পুরু। ঋতুকালে ইহাদিগের আয়তন বাড়িয়া থাকে; গর্ভাবস্থায় ইহারা প্রায় দ্বিগুণ হইয়া উঠে। ওভেরি প্রধানতঃ যোজক টিসু ও পৈশিক তন্তুদ্বারা গঠিত। ইহাতে স্থিতিস্থাপক তন্তুরও সন্নিবেশ দেখিতে পাওয়া যায়। ইহাতে রক্তনালী সমূহের বিস্তারও অধিক। ইহার মধ্যস্থলে রক্তবহা নালী ও পৈশিক তন্তুর আধিক্য বশতঃ সেই প্রদেশ কোমল; এই স্থলকে ওভেরির মেডালা বলা যায়। বাহ্যস্থিত অংশ অপেক্ষাকৃত কঠিন; ইহাকে কর্টেক্স বলে। কর্টেক্সে সংযোজক টিসুর সংখ্যা অধিক। বোধ হয় মেডালার পৈশিক তন্তু কর্টেক্স পর্য্যন্ত বিস্তৃত নহে। ওভেরিতে বহুল গ্রাফিয়ান ফলিকেল্ বা ভেসিকেল নিহিত আছে; প্রত্যেক ফলিকেলে একটী করিয়া ওভাম বা অণ্ড সংস্থিত। সমুদায় গ্রাফিয়ান ফলিকেল কর্টেক্সেই নিহিত।

স্তনদ্বয়।—জননেন্দ্রিয়ের সহিত স্তনদ্বয়ের ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধ থাকাতে এই অধ্যায়ে তৎসম্বন্ধে কয়েকটী কথা বলা যাইতে পারে। স্তনদ্বয় দেখিতে উচ্চ

অর্দ্ধ-গোলাকার; ইহারা বক্ষের উভয় পার্শ্বে, তৃতীয়, চতুর্থ, পঞ্চম ও ষষ্ঠ পঞ্জরের উপর অবস্থিত। যৌবনের প্রাক্‌কালে ইহারা ক্ষুদ্র থাকে; পরে অন্যান্য জননেন্দ্রিয়ের বৃদ্ধি ও পরিস্ফুরণের সহিত ইহাদের বৃদ্ধি ও পরিস্ফুরণ দেখিতে পাওয়া যায়। গর্ভাবস্থায়—বিশেষতঃ প্রসবান্তে ইহারা বড় হইয়া উঠে এবং বার্দ্ধক্যে অপজনন বশতঃ শুকাইয়া যায়। কাহার কাহার দুইটীর অধিক স্তন থাকে। স্তনের অগ্রভাগে যে উচ্চ বর্ত্তুলাকার অংশ আছে, তাহাকেই নিপল্ বা চুচুক বলা যায়। যাঁহারা বক্ষঃস্থলের উপর অধিক চাপিয়া বস্ত্রাদি পরিধান করেন, তাঁহাদের চুচুকের এই স্বাভাবিক উচ্চতা থাকে না; আত্যন্তিক চাপে ইহা স্তনমধ্যে নিমগ্ন হইয়া পড়ে। কাহার কাহার নিপল্ এত বসিয়া যায় যে, স্তন্যদানে সমধিক বাধা উৎপাদন করিয়া থাকে। চুচুকের তলদেশ একপ্রকার নিবিড় বৃত্তদ্বারা পরিবেষ্টিত; ইহাকে এরিয়োলা কহে। স্তনের ত্বক্ অতি কোমল ও মসৃণ।

স্তনযুগলের দুগ্ধনিঃসাবক অংশ লোব ও লবিউল সমুদায়ে বিভক্ত। ইহাদের উপবিভাগে ও মধ্যস্থলে যোজক টিসু ও বসার সংস্থিতি দেখিতে পাওয়া যায়। সমগ্র স্তনে শোণিতসঞ্চালক এবং লিম্ফ্যাটিক বা লসিকা নালীর সংস্থিতিও অধিক পরিমাণে লক্ষিত হইয়া থাকে। স্তনযুগলের আয়তন অনেকাংশে ইহাদের চর্ব্বির পরিমাণের উপর নির্ভর করে। প্রত্যেক লবিউল কতকগুলি ভেসিকেল বা সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম থালীসমষ্টিতে গঠিত। প্রত্যেক ভেসিকেলের প্রাচীরের বহিঃপ্রদেশ প্রভূত শোণিতে সিক্ত এবং অভ্যন্তর প্রদেশ শঙ্কাকার এপিথিলিয়ম দ্বারা আচ্ছাদিত। এই সমস্ত ভেসিকেলের অভ্যন্তর হইতে দুগ্ধ প্রস্তুত হইয়া থাকে। ইহারা ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র নালীর প্রাচীরে ও অন্তে সংস্থিত; লবিউলস্থিত ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র নালীসমুদায় ক্রমে মিলিত হইয়া একটী বৃহত্তর নালী প্রস্তুত হইয়াছে;—ইহাই লবিউলের বৃহত্তর নালী। কতকগুলি লবিউলের সমষ্টিতে একটী লোব উৎপাদিত হইয়া থাকে। সেই সমস্ত লবিউলের বৃহত্তর নালী ক্রমান্বয়ে একটী বৃহত্তম নালীতে পতিত হইয়াছে; সেই বৃহত্তম নালীকে লোবের নালী বলা যায়। এই নালী সমুদায়ের প্রাচীরে পৈশিক ও স্থিতিস্থাপক তন্তুর সংস্থান দেখিতে পাওয়া যায়; ইহাদের শেষভাগে পৈশিক তন্তুর আধিক্য লক্ষিত হইয়া থাকে; এবং ইহাদের

অভ্যন্তরস্থ এপিথিলিয়ম, ভেসিকেলের এপিথিলিয়মের ন্যায় শঙ্কাকার। প্রত্যেক লোবের নালী দ্বারা দুগ্ধ বাহিত হইয়া থাকে; এইজন্য ইহাকে "গ্যালক্টোফরস ডক্ট" বা দুগ্ধবাহিকা নালী বলা যায়। প্রত্যেক স্তনে ১৫ হইতে ২০টী লোব ও ততগুলি দুগ্ধবাহিকা নালী আছে। এই সমস্ত নালী হইতে শাখানালী উদ্ভাবিত হইয়া ইহাদের পরস্পরের সংযোগ সাধন করিয়া থাকে; কেহ কেহ বলেন দুগ্ধবাহিকা নালীগুলি হইতে শাখা-নালী উদ্ভূত হইয়া থাকে, কিন্তু তাহাদের উক্তরূপ সংযোগ সাধিত হয় না। সমস্ত দুগ্ধবহা নালীই চুচুকের দিকে প্রবাহিত; ইহারা চুচুকের নিকটবর্ত্তী হইয়া বিস্ফারিত হইয়া থাকে; দুগ্ধবাহিকা নালী সমুদায়ের এই বিস্ফারিত অংশ-গুলিকে এম্পুলি কহে। এম্পুলি দুগ্ধের আধার রূপে কার্য্য করে; এই সমস্ত আধারে দুগ্ধ সঞ্চিত থাকে। দুগ্ধবাহিকা নালী পরিশেষে সূক্ষ্মায়তন হইয়া চুচুকের অগ্রভাগে শেষ হইয়াছে।

চুচুকে অনেকগুলি রক্তবহা নালী সংস্থিত; এতদ্ব্যতীত ইহাতে পৈশিক ও স্থিতিস্থাপক তন্তুর সংস্থান লক্ষিত হইয়া থাকে। কোন কারণে পৈশিক তন্তুর সঙ্কোচন ও রক্তবহা নালী সমুদায়ের শোণিতপূর্ণতা হইলে চুচুক দৃঢ় হইয়া থাকে। চুচুকের উপর অনেকগুলি প্যাপিলী আছে; এই সকল প্যাপিলীর মূলদেশে দুগ্ধবাহিকা নালী সমুদায় সমাপ্ত হইয়াছে। চুচুকের ত্বকে কতকগুলি সিবেশাস্ গ্রন্থি বিদ্যমান আছে; ইহাদের নিঃস্রবণে চুচুক-ত্বকের কোমলতা সংরক্ষিত হইয়া থাকে।

নিপল চতুর্দ্দিকে এরিয়োলা দ্বারা পরিবেষ্টিত; এরিয়োলা দেখিতে বৃত্তা-কার; কৌমার অবস্থায় ইহার প্রসার সঙ্কীর্ণ; গৌরাঙ্গীদিগের এরিয়োলার বর্ণ আরক্তিম; কৃষ্ণাঙ্গীগণের কৃষ্ণাভ। এরিয়োলাতে ১৫ হইতে ২০টী টিউ-বার্কেল সংস্থিত। গর্ভাবস্থায় এরিয়োলার প্রসার বৃদ্ধি পায় ও রঞ্জন পদার্থের সন্নিবেশে ইহার বর্ণ গাঢ়তর হইয়া পড়ে। সসত্ত্বাবস্থার অপগমেও ইহাদের সেই বিবর্দ্ধিত গাঢ়ত্ব সম্পূর্ণরূপে বিদূরিত হয় না। গর্ভাবস্থায় টিউবার্কেলগুলিও বর্দ্ধিতায়তন হইয়া উঠে; সেই সঙ্গে সমগ্র স্তনের আয়তন বর্দ্ধিত হইয়া থাকে। গর্ভাবস্থায় স্তনযুগলের যে পরিবর্ত্তন হয়, গর্ভলক্ষণাবলী বর্ণনকালে তাহা বিশেষ করিয়া লিখিত হইবে। এরিয়োলার নিম্নস্থলে কতকগুলি

পৈশিক তন্তু গুচ্ছাকারে সংস্থিত আছে ; তাহাদের সঙ্কোচন দুগ্ধনিঃসারণে সহায়তা করিয়া থাকে।

স্তনযুগলের সহিত জননেন্দ্রিয়ের যে বিশেষ সাহানুভূতিক সম্বন্ধ আছে, তাহার প্রত্যক্ষ প্রমাণ অনেক সময় লক্ষিত হইয়া থাকে। প্রসবান্তে শিশু স্তন্যপান করিলে সেই সঙ্গে সঙ্গে জরায়ুও সঙ্কুচিত হইয়া থাকে। ইহা দ্বারা সময়ে সময়ে "আফ্‌টার পেন্" বা উত্তর বেদনাও সাতিশয় বৃদ্ধি পায়। সেইরূপ জরায়ুতে পীড়া সঞ্জাত হইলে স্তনযুগলে প্রায়ই শোণিতাধিক্য ও বেদনা হইয়া থাকে। ঋতুকালে স্তনের শোণিতপূর্ণতা ও বিবৃদ্ধি প্রায়ই ঘটিতে দেখা যায়।

তৃতীয় অধ্যায়।

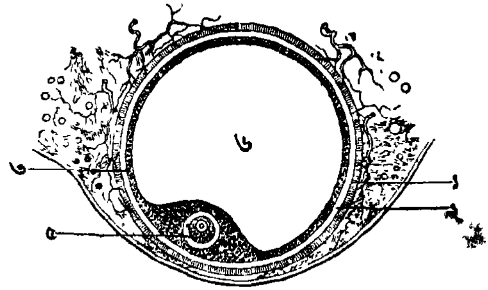
"অভুলেশন" বা অণ্ডোদ্গম ও ঋতু।

প্রতি চতুর্থ সপ্তাহে (চান্দ্রমাসে) ওভেরি হইতে প্রায়ই একটী এবং কথন কথন তদপেক্ষা অধিক ওভাম বা অণ্ড পরিপক হইয়া উদ্গত হইয়া থাকে। ইহাকে অভুলেশন বা অণ্ডোদ্গম বলা যায়। অণ্ড-নির্গমন কালে জননেন্দ্রিয়ে শোণিতাধিক্য প্রভৃতি কতকগুলি ঘটনা হওয়াতে জরায়ুপ্রাচীর হইতে শোণিত নিঃসৃত হয়; অভুলেশনের সহিত এই শোণিত নিঃসারণকে মেনষ্ট্রুয়েশন বা ঋতু কহে।

অভুলেশন বা অণ্ডোদ্গম।—পূর্ব্বে লিখিত হইয়াছে যে, প্রত্যেক ওভেরিতে বহুল ওভা নিহিত থাকে। এক একটী ওভাম এক একটী ভেসিকেল বা ওভাম-কোষের অভ্যন্তরে সংস্থিত। ডাক্তার ডি গ্রাফ সর্ব্ব প্রথম এই সকল ভেসিকেল আনুপূর্ব্বিক বর্ণন করেন; এইজন্য ইহাদিগকে "গ্রাফিয়ান ভেসিকেল বা ফলিকেল" কহে। গ্রাফিয়ান ভেসিকেল গুলি অতিশয় ক্ষুদ্র; শৈশবে তাহাদের একটীকেও অনুবীক্ষণ যন্ত্রের সাহায্য ব্যতিরেকে দেখিতে পাওয়া যায় না। যৌবনের প্রারম্ভে তাহারা বর্দ্ধিত হইতে থাকে; এই সময়ে ওভেরি পরীক্ষা করিলে ১০।১৫টী, কথন ২০টী বর্দ্ধিত ভেসিকেল নগ্ননেত্রে স্পষ্ট লক্ষিত হইয়া থাকে। ইহাদের মধ্যে দুই একটী এত বড় যে, দেখিলে বোধ হয় যেন পূর্ণতা প্রাপ্ত হইয়াছে। অপরগুলি ক্রমান্বয়ে খর্ব্ব হইতে খর্ব্বতর। ডাক্তার ফাউলিস্ গ্রাফিয়ান ফলিকেল গুলির সংখ্যা নিরূপণ করিবার জন্য বহুল আয়াস স্বীকার করিয়াছেন। তিনি বিবেচনা করেন প্রত্যেক ওভেরিতে অন্যূন ৩০,০০০ ওভা সংস্থিত আছে। এই বহুসংখ্যক ফলিকেল গুলির প্রত্যেকটীই পূর্ণতা প্রাপ্ত হয় না; তাহাদিগের মধ্যে কতক-

গুলি বর্দ্ধিত হইয়া থাকে, অবশিষ্ট গুলি বর্দ্ধিত ফলিকেল গুলির চাপে পেষিত ও বিনষ্ট হইয়া যায়। যে গুলি বর্দ্ধিত ও পরিপুষ্ট হইতে থাকে, তৎসমস্তও আবার পূর্ণতা প্রাপ্ত হয় না ; তন্মধ্যে কতকগুলি অপজনিত হইয়া বিনাশ প্রাপ্ত হয়। ফলিকেল যত বৃদ্ধি পাইতে থাকে, ইহা ততই ওভেরির উপরিস্তরে আইসে ; পরিশেষে উহার উৰ্দ্ধস্তরে আসিলে উভয়েরই শেষস্তর বিচ্ছিন্ন হইয়া পড়ে ; তখন ওভাম উদ্গত হইয়া থাকে। ওভেরির যেস্থলে ওভাম নির্গত হয়, ফ্যালোপিয়ান নালীর শাখারূপ ফিম্ব্রিয়েটাগুলি সেই স্থলকে জড়াইয়া ধরে। তাহাতে ওভাম পেরিটোনিয়ম গহ্বরের ভিতর স্খলিত না হইয়া নালীর ভিতর প্রবিষ্ট হয় ; ক্রমে নালীর পৈশিক সঙ্কোচন ও সিলিয়া সমূহের সঞ্চালনে ইহা জরায়ুর অভিমুখে চালিত হয় ; পরিশেষে ইহা জরায়ুগহ্বর মধ্যে নীত হইয়া থাকে। ওভাম শুক্রসংযোগে অনুপ্রাণিত হইলে জরায়ু মধ্যে ক্রমস্ফুরণে পরিবর্দ্ধিত হইয়া পূর্ণ ভ্রূণে পরিণত হয় ; তাহা না হইলে বিনষ্ট হইয়া যায়।

৯ম চিত্র।



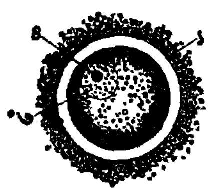
ওভেরিস্থিত একটী পরিপক্ব গ্রাফিয়ান ফলিকেল।

বহিঃ সংচ্ছদ। { ১। টিউনিকা ফাইব্রোসা বা ভ্যাস্কুলোসা। ২। টিউনিকা প্রোপ্রায়া।

অন্তঃ সংচ্ছদ। ৩। মেম্ব্রেণা গ্রান্যুলোসা।
৪। ডিস্কস প্রোলিজেরাস।
৫। ওভম।
৬। গ্রাফিয়ান ফলিকেলের গহ্বর।

অণুবীক্ষণ যন্ত্রের সাহায্যে একটী বর্দ্ধিতায়তন গ্রাফিয়ান ভেসিকেলের নির্ম্মাণ প্রণালী পর্য্যবেক্ষণ করিলে স্পষ্ট প্রতীত হইয়া থাকে যে, ইহা বহিঃ ও অন্তঃ দুইটী কোট বা সংচ্ছদে সমাহিত। বাহ্যকোট আবার অন্তর্বহিঃ এই দুইটী স্তরে বিভক্ত। বহিঃস্তর প্রধানতঃ রক্তবহা নালী ও সংযোজক টিসু দ্বারা গঠিত। বাহ্য কোটের এই বহিঃস্তরকে "টিউনিকা ফাইব্রোসা" বা "ভাস্কুলোসা" কহে; অভ্যন্তর স্তরে কেবল সংযোজক টিসু-নির্ম্মায়ক কতকগুলি "কর্পাস্কেল" বা "সেল" আছে; ইহাকে টিউনিকা প্রোপ্রায়া কহে। ফলিকেলের অন্তঃকোটে বহুসংখ্যক কলম্নার প্রকৃতির সেল স্তরে স্তরে সজ্জিত। এই অন্তঃকোটকে "মেম্ব্রেণা গ্র্যানুলোসা" বলা যায়। মেম্ব্রেণা গ্র্যানুলোসার এক অংশে ওভাম নিহিত, সেই স্থলের সেলগুলি ওভামকে স্তূপাকারে বেষ্টন করিয়া থাকে; ওভামবেষ্টক এই সেলগুলি "ডিস্কস প্রোলিজেরাস্" নামে আখ্যাত হইয়া থাকে। গহ্বরের অবশিষ্টাংশ তরল স্বচ্ছ এল্বুমেনময় পদার্থে পরিপূরিত; সেই সমস্ত পদার্থকে "লাইকার ফলিকিউলাই" বলা যায়।

১০ম চিত্র।



ডিস্কস প্রোলিজেরাস-বেষ্টিত ওভাম।

১। জোনা পেলিউসিডা বা ভাইটেলাইন মেম্ব্রেণ।
২। ভাইটেলস।
৩। জার্ম্মিণ্যাল ভেসিকল্।
৪। জার্ম্মিণ্যাল স্পট।

মানবীয় পরিপক্ক ওভিউল অতিশয় ক্ষুদ্র; ইহার আকার গোল; ইহার ব্যাস প্রায় ১/১২০ ইঞ্চ; ইহার অভ্যন্তরে "ইয়েক" বা "ভাইটেলস্" আছে; "ভাইটেলস" একটী গঠনহীন পাতলা, অথচ দৃঢ় ঝিল্লিদ্বারা আচ্ছন্ন; এই

ঝিল্লিকে "ভাইটেলাইন মেম্ব্রেণ" বলা যায়। "ডিস্কাস প্রোলিজেরাসের" মধ্যে এই মেম্ব্রেণ স্বচ্ছ অঙ্গুরীয়বৎ লক্ষিত হওয়াতে ইহা "জোনা পেলিউসিডা" নামেও বর্ণিত হইয়া থাকে। নিকৃষ্ট প্রাণিবর্গের মধ্যে অনেকের ভাইটেলাইন মেম্ব্রেণে কতকগুলি ছোট ছোট ছিদ্র দেখিতে পাওয়া যায়; কিন্তু মানবীয় ওভিউলে এই প্রকার ছিদ্র দেখিতে পাওয়া যায় না। অনেকে অনুমান করেন যে, এই সমস্ত ছিদ্র দিয়া "স্পার্মেটোজোয়া" ওভামের অভ্যন্তরে প্রবেশ করিয়া থাকে।

ভাইটেলস কতকগুলি বর্ণহীন এল্‌বুমেনময় পদার্থে গঠিত; ইহার অভ্যন্তরে কতকগুলি "গ্র্যানিউল" ও "গ্লোবিউল" নিহিত আছে। ভাইটেলসে একটী সূক্ষ্ম কোমল ও স্বচ্ছ ভেসিকেল বা কোষ সংস্থিত আছে, ইহাকে জার্মিন্যাল ভেসিকেল কহে। এই ভেসিকেলের মধ্যে আবার একটী অতি সূক্ষ্ম বিন্দু আছে, তাহাকে "জার্মিনেটিভ স্পট" বলা যায়।

কর্পস লুটিয়ম।—ওভাম নিঃসৃত হইবার পর ফলিকেলে কতকগুলি পরিবর্তন সংঘটিত হয়; সেই সকল পরিবর্তনে ফলিকেলের অভ্যন্তরে এক প্রকার পদার্থ উৎপাদিত হইয়া থাকে;—ইহাকেই কর্পস লুটিয়ম বলা যায়। ক্রমে কর্পস লুটিয়মের অপজনন ও বিলোপের সহিত ফলিকেলের অবশিষ্ট অংশ তিরোহিত হইয়া থাকে; এবং ইহার স্থিতিস্থলে কেবল একটী সূক্ষ্ম সাইকেট্রিক্স থাকে। ফলিকেলের যে স্থল হইতে ওভাম নির্গত হয়। তত্রত্য ছিদ্রের কিনারা হইতে এল্‌বুমেনময় পদার্থ নিঃসৃত হইয়া তাহার ছিন্ন মুখ প্রথমে বন্ধ করিয়া ফেলে। ওভাম নির্গমনের পূর্ব্ব হইতেই ফলিকেলের অন্তঃস্তবকের সেলগুলি পরিবর্দ্ধিত ও বসাবিন্দুতে পরিপূরিত হইতে আরম্ভ করে; ওভাম নির্গত হইলে তাহাদের সেই পরিবর্তনের প্রাথর্য্য বাড়িয়া উঠে। এই সময়ে ফলিকেলের অন্তঃস্তবক স্বীয় স্বভাবসিদ্ধ কুঞ্চনশীলতা প্রযুক্ত আকুঞ্চিত হইয়া থাকে। কেহ কেহ বিবেচনা করেন, ওভেরির পৈশিক তন্তুর সঙ্কোচনে এই আকুঞ্চন সাধিত হয়। অন্তঃস্তবক আকুঞ্চিত হইয়া ভাঁজে ভাঁজে সজ্জিত হইয়া পড়ে। আকুঞ্চনের আধিক্যে ভাঁজগুলির গভীরতা বাড়িয়া থাকে। প্রায় প্রত্যেক ফলিকেলের অভ্যন্তরে রক্তের চাপ দেখিতে পাওয়া যায়। ডাক্তার ড্যাল্টন বলেন, ফলিকেলের ভিতর সকল স্থলেই

শোণিত এইরূপ জমাট বাঁধিয়া থাকে। ফলিকেল বিচ্ছিন্ন হইবার সময়, অথবা ইহার অব্যবহিত পূর্ব্বেই, ইহার প্রাচীর হইতে শোণিত নিঃসৃত হয়। সেই শোণিত জমাট বাঁধিয়া ক্রমে পরিবর্ত্তিত ও অপজনিত হইয়া বিদূরিত হইয়া পড়ে। কর্পস লুটিয়ম প্রথমতঃ রক্তবর্ণ থাকে; পরে অপজনন বশতঃ পরিবর্ত্তিত হইয়া শোণিতের রঞ্জন তিরোহিত হওয়াতে ইহা হরিদ্রাভ হইয়া পড়ে; এই হরিদ্রা বর্ণ বশতঃ ইহা "কর্পস লুটিয়ম" নামে আখ্যাত হইয়াছে। কেহ কেহ বলেন অন্তঃস্তবকের সেলগুলি স্বভাবতঃ হরিদ্রাভ; এক একটী সেল পৃথক্ থাকিলে ইহাদের বর্ণ সহজে সুস্পষ্ট অনুভূত হয় না; কিন্তু ইহাদের সমষ্টিতে এই বর্ণ ফলিত হইয়া থাকে। ওভাম অনুপ্রাণিত না হইলে কর্পস লুটিয়ম তৃতীয় সপ্তাহ পর্য্যন্ত পরিবর্দ্ধিত হইতে থাকে; পরে অপজনিত ও খর্ব্বায়তন হইতে আরম্ভ করিয়া প্রায় ৪০ দিবসে বিলুপ্ত হইয়া পড়ে। তখন ইহার স্থলে একটী ক্ষুদ্র সাইকেট্রিক্স দেখিতে পাওয়া যায়। প্রত্যেক ঋতুতে অন্ততঃ একটী করিয়া সাইকেট্রিক্স হওয়াতে অঙ্গনাগণের বয়োবৃদ্ধির সহিত এই সমস্ত সাইকেট্রিক্সের সংখ্যা বর্দ্ধিত হইয়া থাকে।

ওভাম অনুপ্রাণিত হইলে কর্পস লুটিয়ম অপেক্ষাকৃত বর্দ্ধিতায়তন হইয়া ক্রমাগত তিন চারি মাস ধরিয়া বাড়িতে থাকে; পরিশেষে যখন পূর্ণায়তন প্রাপ্ত হয়, তখন ইহা ওভেরির উপর প্রায় এক ইঞ্চ পরিমাণে বিস্তৃত এবং প্রায় অর্দ্ধ ইঞ্চ পুরু হইয়া থাকে। তাহার পর ক্রমে কমিতে আরম্ভ করিয়া প্রসবের প্রায় দুই মাস পরে বিলুপ্ত হইয়া যায়। কিন্তু যে স্থলে গর্ভসূচক কর্পস লুটিয়ম দেখিতে পাওয়া যায়, তথায় গর্ভপ্রযুক্ত জরায়ুর বিবৃদ্ধি, স্তনের পরিবর্ত্তন প্রভৃতি অন্যান্য লক্ষণও বিদ্যমান থাকে। সসত্ত্বাবস্থায় বর্দ্ধিতায়তন কর্পস লুটিয়মকে অনেকে প্রকৃত কর্পস লুটিয়ম বলিয়া বর্ণন করিয়াছেন; সেইজন্য ঋতুজনিত কর্পস অপ্রকৃত কর্পস বলিয়া বর্ণিত হইয়াছে। কিন্তু ডাক্তার ড্যাল্টন প্রথমটীকে গর্ভকালীন এবং দ্বিতীয়টীকে ঋতুকালীন কর্পস বলিয়া উল্লেখ করেন। তিনি বলেন, এই দুইটীই প্রকৃত কর্পস লুটিয়ম। সময়ে সময়ে ফলিকেলের পূর্ণ বিকাশ না হইয়াই ইহা অপজনিত হইয়া থাকে; তাহাকেই তিনি অপ্রকৃত কর্পস বলিয়া বর্ণন করিয়াছেন।

"মেন্‌ষ্ট্রুয়েশন বা ঋতু।—ওভেরি হইতে ওভাম নির্গমন-কালে জননেন্দ্রিয়সমূহে শোণিতাধিক্য হইয়া থাকে; তৎসঙ্গে জরায়ুর প্রাচীর হইতে শোণিত নিঃসৃত হয়। অণ্ডোদ্গমকালে এই শোণিত-নিঃসরণকে মেন্‌ষ্ট্রুয়েশন বা ঋতু বলা যায়। প্রায় প্রতি চতুর্থ সপ্তাহে—চান্দ্রমাসে,—এইরূপে শোণিত নিঃসৃত হওয়াকে "মেন্‌স" বা মাসিক কহে। অভুলেশন বা ওভাম-নিঃসরণ ঋতুর কারণ হইলেও প্রত্যেক অণ্ডোদ্গমকালে ঋতু না হইতে পারে; এইজন্য ঋতু না হইয়াই সময়ে সময়ে গর্ভ হইতে দেখা যায়। ওভেরিদ্বয় দেহ হইতে বিচ্ছিন্ন করিয়া লইলে শীঘ্র অথবা অল্প-কালের মধ্যে ঋতুক্রিয়া বন্ধ হইয়া আইসে। যে সকল স্ত্রীলোকের ওভেরি নাই, তাহাদিগকে আদৌ ঋতুমতী হইতে দেখা যায় না।

প্রথম ঋতু প্রকাশ পাইবার পূর্ব্বে দেহে যৌবন সূচক কতকগুলি পরিবর্ত্তন আরম্ভ হইয়া থাকে। জননেন্দ্রিয় সকল পূর্ণতা প্রাপ্ত হয়, কামাদ্রি ও বৃহদোষ্ঠদ্বয় লোমে আবৃত এবং স্তনযুগল উদ্গত হইতে আরম্ভ করে; তৎসঙ্গে বস্তির পার্শ্ব প্রসর বৃদ্ধি পায়, বালসুলভ সরলতা ও চাপল্য অপগত হয়; বালিকা লজ্জাবতী হইয়া থাকে এবং দেহের সাধারণ পরিবর্ত্তনে একটী রমণীয় সৌকুমার্য্য উৎপাদিত হইতে দেখা যায়। প্রত্যেক ঋতুর দুই এক দিবস পূর্ব্বে অনেকের শরীরে ভার বোধ হয়, তৎকালে দেহের স্বাভাবিক স্ফূর্ত্তি থাকে না; শোণিতাধিক্য বশতঃ স্তনযুগল বর্দ্ধিতায়তন, কঠিন ও বেদনাযুক্ত হইয়া উঠে এবং কটিদেশে ভার ও বেদনা বোধ হইতে থাকে। রজো-নিঃসরণের সঙ্গে সঙ্গে এই সকল লক্ষণ অপগত হইয়া আইসে। যাঁহাদের অধিক রজঃস্রাব হয়, তাহাদের শরীর এই সময়ে দুর্ব্বল হইয়া পড়ে।

অস্মদ্দেশে বালিকারা সচরাচর ১১ হইতে ১৪ বৎসরের মধ্যে প্রথম রজস্বলা হইয়া থাকে; ১১ বৎসরের পূর্ব্বে প্রথম ঋতু-প্রকাশ বিরল নহে, কিন্তু ১৪ বৎসর পরে তাহার প্রথম বিকাশ প্রায়ই দেখা যায় না। শীতপ্রধান দেশের অঙ্গনাদিগকে এদেশের অপেক্ষা ২।৩ বৎসর পরে প্রথম ঋতুমতী হইতে দেখা যায়। শীতপ্রধান দেশেও অল্প বয়সে প্রথম রজঃপ্রকাশ হইয়া থাকে; কিন্তু তাহা বিরল, তথায় শৈশবেও ঋতু সঞ্চার হইয়াছে এরূপ বিবরণ দেখিতে পাওয়া যায়। দেশের শৈত্যোষ্ণতার প্রভাব ব্যতীত অন্য অন্য কারণেও প্রথম ঋতু-

প্রকাশ ত্বরিত বা বিলম্বিত হইয়া পড়ে। বহুজনাকীর্ণ নগরে বাস, বালক বালিকার একত্রে অবস্থিতি, কামোত্তেজক কথোপকথন ও তদুপযোগী পুস্তকাদি পাঠ, বিলাসভোগ্য ও উত্তেজক খাদ্যদ্রব্যাদি ব্যবহার অকাল রজঃ-প্রকাশের বিশেষ সাহায্য করিয়া থাকে। বাল্যবিবাহও অল্প বয়সে রজঃ-প্রকাশের একটী প্রধান কারণ। পল্লিগ্রামের শান্ত নিকেতনে ঋতু বিলম্বে প্রকাশ পাইয়া থাকে।

প্রথম রজঃ-প্রকাশের পর অনেক স্থলে কয়েক মাস ঋতু বন্ধ থাকে; তাহার পর প্রায় মাসে মাসেই তাহা প্রকাশিত হইতে দেখা যায়। গর্ভাবস্থায় অণ্ডোদ্গম বন্ধ হওয়াতে ঋতু হয় না। কিন্তু কোন কোন স্থলে গর্ভের তৃতীয় মাস অবধি ঋতু হইয়া থাকে। তৃতীয় মাসে ডেসিডুয়া ভিরা ও ডেসিডুয়া রিফেক্সা একত্র মিলিত হইয়া জরায়ু গহ্বর পরিপূর্ণ করে, তখন জরায়ুর প্রাচীর হইতে শোণিতস্রাব হইলে প্রায়ই ঘোর বিঘ্ন জন্মাইয়া থাকে। প্রসবান্তে যতদিন স্তন হইতে দুগ্ধ সম্যক্রূপে নিঃসৃত হইতে থাকে, ততদিন ওভাম প্রায় উদ্গত হয় না। পীড়া বশতও অণ্ডোদ্গম বন্ধ হইতে পারে। এইজন্য দুর্ব্বলকর পীড়ায় অনেক স্থলে ঋতু বন্ধ থাকে; তাহার পর রোগিনী শারীরিক উৎকর্ষ লাভ করিলে ঋতু পুনর্ব্বার আরম্ভ হয়। নিয়মিত অণ্ডোদ্গম স্বাস্থ্যের একটী প্রধান লক্ষণ; এইজন্য শরীর যতদিন সম্যক্রূপে সুস্থ থাকে, ততদিন একটী নির্দ্দিষ্ট কাল পর্য্যন্ত যথানিয়মে ঋতু প্রকাশ পায়। প্রথম ঋতু যে বয়সেই আরম্ভ হউক না কেন, ইহা সকল দেশেই প্রায় ৪০।৪৫ বৎসর বয়ঃক্রমে বন্ধ হইয়া যায়। কোন কোন স্থলে ৩০।৪০ বৎসর বয়সের মধ্যেই ঋতু বন্ধ হইয়াছে, এবং কোথাও বা অভুলেশন ৬০ বৎসর পর্য্যন্ত সমভাবে যথানিয়মে হইতে দেখা গিয়াছে। কিন্তু এরূপ ঘটনা অতি বিরল। ঋতু প্রায়ই হঠাৎ একবারে বন্ধ হইয়া যায় না; বন্ধ হইবার পূর্ব্বে ইহা প্রথমে অনিয়মিত হইয়া পড়ে এবং ক্রমে বন্ধ হইয়া আইসে।

ঋতুকালে শোণিতাধিক্য বশতঃ ওভেরিদ্বয় বর্দ্ধিতায়তন হয়; তৎসঙ্গে জরায়ুতে অধিক শোণিত সঞ্চালিত হইতে থাকে; তাহাতে জরায়ুর আয়তন কিয়ৎপরিমাণে বর্দ্ধিত হয়; ইহার প্রাচীরের শ্লৈষ্মিক আবরণ রক্তাভ বর্ণ ধারণ করে; এবং ইহা স্ফীত ও কোমল হইয়া থাকে। ফ্যালোপিয়ান

নালীতেও ঐরূপ পরিবর্ত্তন হইতে দেখা যায় এবং যোনি, যোনিমুখ কিয়ৎ পরিমাণে স্ফীত ও রক্তাভ হইয়া উঠে। শোণিতাধিক্য বশতঃ ঋতুকালে জরায়ুগহ্বরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি অল্প বা অধিক পরিমাণে অপজনিত বা বিলুপ্ত হইয়া থাকে; তাহাতে নিম্নস্থিত কৈশিক নালী সমুদায় নির্ম্মুক্ত এবং বিচ্ছিন্ন হয়। এইরূপ হওয়াতে জরায়ুর গাত্রের সর্ব্বস্থলে বিন্দু বিন্দু রক্ত নির্গত হইতে থাকে। সেই সমস্ত শোণিত-বিন্দু একত্রে মিশিয়া অবশেষে জরায়ুমুখ দিয়া বহির্গত হইয়া থাকে। আর্ত্তব শোণিত ফ্যালোপিয়ন নালী হইতেও নিঃসাবিত হয়। আর্ত্তব শোণিতের সহিত মিউকস্‌কর্পাস্কেল ও এপিথিলিয়ান স্কেল দেখিতে পাওয়া যায়। এপিথিলিয়ান স্কেলের সংখ্যা বেশি, ইহারা মিউকস মেম্ব্রেণের ধ্বংসাবশেষ। প্রত্যেক ঋতু-কালের অবসানে জরায়ুপ্রাচীরে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অবশিষ্ট অংশ হইতে জনন ও পরিবর্দ্ধন ক্রিয়া দ্বারা মিউকস মেম্ব্রেণ আবার পূর্ণতা প্রাপ্ত হয়। মিউকস মেম্ব্রেণের এইরূপ বিধ্বংস ও অপজনন এবং পুনরুদ্ভব ও বৃদ্ধি প্রত্যেক ঋতুকালে নিয়মিত রূপে হইয়া থাকে।

ঋতুশোণিত সাধারণতঃ তিন দিন নিঃসৃত হইয়া থাকে; কিন্তু কাহাকে কাহাকে তদপেক্ষা অধিক কাল—এমন কি ৫।৭ দিবসও রজস্বলা থাকিতে দেখা যায়। যে সকল স্ত্রী অত্যন্ত তেজস্বিনী ও কামাসক্তা, যাহারা বহু-জনাকীর্ণ নগরে বাস করে, উত্তেজক খাদ্যদ্রব্য সেবন করে এবং নিরন্তর ভোগবিলাসে কালাতিপাত করিয়া থাকে, তাহাদিগের ঋতুকাল সচরাচর দীর্ঘ এবং শোণিত অধিক পরিমাণে নির্গত হইয়া থাকে। শিথিলাঙ্গ ও লিম্ফ্যাটিক ধাতুবিশিষ্ট স্ত্রীলোকদিগের অধিক শোণিত নিঃসৃত হইবার সম্ভাবনা। শীতপ্রধান দেশ অপেক্ষা উষ্ণপ্রধান দেশে আর্ত্তব শোণিতের পরিমাণ অধিক হইয়া থাকে। শীতপ্রধান দেশীয়া স্ত্রীগণ গ্রীষ্মপ্রধান দেশে আসিলে তাহাদের ঋতুকালে অধিক শোণিত নিঃসৃত হয়; সেই সকল স্ত্রীলোক আবার শীতপ্রধান দেশে প্রত্যাগমন করিলে তাহাদের শোণিত-নিঃস্রব কমিয়া যায়।

সচরাচর দুই তিন ঔন্স পরিমাণে আর্ত্তব শোণিত নিঃসৃত হইয়া থাকে; কিন্তু কাহার কাহার ইহা অপেক্ষাও অধিক—এমন কি ৭।৮ ঔন্স ও নির্গত

হয়। ইহার পরিমাণ অত্যধিক হইয়া পড়িলে ইহা পীড়াসূচক বলিয়া পরিগণিত হইয়া থাকে। আর্ত্তব শোণিতে শ্লেষ্মা মিশ্রিত থাকিলে ইহা জমাট বাঁধে না, তরল ভাবেই থাকে। যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি হইতে মিউকস নিঃসৃত হইয়া রজঃশোণিতের সহিত মিশ্রিত হয়; ইহাতে রজঃশোণিত তরল থাকে। জরায়ু গহ্বর হইতে যেমন শোণিত নির্গত হয়, অমনি যদি তাহা স্পেকুলামের অভ্যন্তরে আনীত হয়, সেই শোণিত জমাট বাঁধিতে দেখা যায়। শোণিত অল্পে অল্পে জরায়ুগহ্বর হইতে নিঃসৃত না হইয়া, অল্প সময়ের মধ্যে অনেক পরিমাণে বহির্গত হইলে শ্লেষ্মার সংমিশ্রণ সম্যকরূপে হয় না, তাহাতে শোণিত জমাট বাঁধিয়া যায়, অথবা ইহা এত অল্প পরিমাণে থাকে, যে শোণিতেরতরলত্ব রক্ষিত হয় না। শোণিতের সহিত পূয় মিশ্রিত থাকিলেও শোণিত জমাট বাঁধেনা। আর্ত্তব শোণিতের গন্ধেরও কিছু বিভিন্নতা দেখা যায়। ঋতুমতী স্ত্রীলোকের গাত্রে যে এক প্রকার বিচিত্র গন্ধ অনুভূত হয়, তাহা এই রক্ত হইতে উৎপন্ন। কাহার কাহার এই গন্ধ অনুধাবন করিবার ক্ষমতা অতিশয় তীব্র; তাঁহারা ঘ্রাণের দ্বারা ঋতুমতী অবস্থা নির্ণয় করিতে পারেন।

মাসধর্ম্মকালে জরায়ুপ্রাচীর হইতে শোণিত নিঃসৃত না হইয়া কোন কোন স্ত্রীলোকের দেহের অন্য কোন স্থলের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি অথবা ত্বক্ হইতে শোণিত নির্গত হইয়া থাকে। অণ্ডোদ্গমকালে এইরূপ শোণিত-নিঃস্রবকে ভাইকেরিয়স্ মেনষ্ট্রুয়েশন বলা যায়। কখন কখন সেই শোণিত পাকস্থলীর, কখনও বা ফুসফুসের, কখন নাসারন্ধ্রের, কখন বা এনাসের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি হইতে উদ্গত হইয়া থাকে। কাহার কাহার শরীরের কোন স্থলের ত্বক্ হইতে ভাইকেরিয়াস মেনষ্ট্রুয়েশন হইতে দেখা যায়। জননেন্দ্রিয়ের সহিত স্তনের অধিক সাহানুভূতিক সম্বন্ধ থাকাতে তৎপ্রদেশের ত্বক্ হইতে শোণিত নিঃসৃত হইতে পারে, এতদ্ব্যতীত শরীরের কোন স্থলে ক্ষত থাকিলে, সেই স্থল হইতে রজঃশোণিত নিঃসৃত হইবার সম্ভাবনা।

চতুর্থ অধ্যায়।

গর্ভাধান ও ওভামের ক্রমস্ফুরণ।

ওভাম, শুক্রস্থ স্পার্মেটোজোয়ার সহযোগে অঙ্কুরিত বা অনুপ্রাণিত হইয়া থাকে, পরে ক্রমে বিকাশিত হইয়া পূর্ণ ভ্রূণে পরিণত হয়। শুক্র এক প্রকার শ্বেতবর্ণ, ঘন ও পিচ্ছিল, ক্ষারাক্ত তরল পদার্থ। পুরুষদিগের যৌবনের প্রারম্ভ হইতে অধিক বয়স পর্য্যন্ত টেষ্টিকেলদ্বয়ে ইহা উৎপাদিত হইয়া থাকে। টেষ্টিকেলের নিঃস্রব নিঃসরণপথে কাউপার ও প্রষ্ট্রেট গ্ল্যাণ্ডের এবং ভেসিকিউলিস সেমিনেলিসের নিঃস্রবের সহিত মিশ্রিত হয়। এই সমস্ত নিঃস্রবের সমষ্টিকে শুক্র বলা যায়। শুক্র একটী এল্‌বিউমেনময় পদার্থ; ইহাতে ম্যাগনিশিয়ম, ক্যালশিয়ম, ও সোডিয়মফস্ফেট, স্পার্মাটিন, বসা বা চর্ব্বি এবং মিউসিন প্রভৃতি পদার্থ বিদ্যমান আছে। স্পার্মেটো-জোয়াই শুক্রের প্রধান উপাদান; ইহাদিগের দ্বারাই ওভাম অনুপ্রাণিত হইয়া থাকে। এক একটী স্পার্মেটোজুন অতিশয় সূক্ষ্ম পদার্থ; অণুবীক্ষণ যন্ত্রের সাহায্য ব্যতিরেকে ইহাকে দেখিতে পাওয়া যায় না। ইহার আকার অনেক পরিমাণে ছোট বেঙাচির ন্যায়; ইহার মাথা চ্যাপ্টা ও অণ্ডাকার; তাহাতে পক্ষ লেজের ন্যায় একটী ফিলেমেণ্ট লম্বিত। সেই ফিলেমেণ্টের শেষভাগ এত সূক্ষ্ম যে, অতীব সূক্ষ্মদর্শী অণুবীক্ষণ যন্ত্রের সাহায্যেও নয়ন-গোচর হয় না। ডাক্তার রবার্ট বলেন প্রত্যেক স্পার্মেটোজুনের মাথা $\frac{১}{৫০০০}$ ইঞ্চ লম্বা, $\frac{১}{৮০০০}$ ইঞ্চ চওড়া ও $\frac{১}{২০০০০}$ ইঞ্চ পুরু এবং ইহার লেজ $\frac{১}{৫০০}$ ইঞ্চ দীর্ঘ। টেষ্টিস্ ছেদনপূর্ব্বক শুক্র লইয়া পরীক্ষা করিলে ইহাতে একপ্রকার স্বচ্ছ দ্রব পদার্থ, এপিথিলিয়াল সেল, গ্র্যানিউল, স্পার্মসেল ও স্পার্মেটোজোয়ার সংস্থিতি দেখিতে পাওয়া যায়। স্পার্মসেল দুই প্রকার। এক

প্রকার বৃহত্তর; ইহাদের অভ্যন্তরে অনেকগুলি স্পার্মেটোজোয়া সংস্থিত, এইজন্য ইহারা "পেরেণ্টসেল" নামে আখ্যাত। অপর গুলির ভিতর এক একটী স্পার্মেটোজুন নিহিত থাকে। এই শেষোক্ত সেলগুলি পাঁচ ছয়টী করিয়া প্রথমে এক একটী পেরেণ্ট সেলের মধ্যে থাকে; তাহার পর পেরেণ্ট সেলের প্রাচীর ভগ্ন হইলে ইহারা বহির্গত হইয়া পড়ে; এইজন্য ইহাদিগকে সেকেণ্ডরী সেল বলা যায়। সেকেণ্ডরী সেলগুলির প্রাচীর বিদীর্ণ হইবার পর স্পার্মেটোজোয়া নির্গত হইয়া থাকে। যে বিচিত্র গতি দ্বারা স্পার্মেটোজুন স্ত্রীজননেন্দ্রিয়ের অভ্যন্তরে প্রবেশ করে, তাহা ইহাদের লাঙ্গুলের সঞ্চালন দ্বারা সাধিত হইয়া থাকে। এই বিচিত্র গতি দেখিয়া প্রাচীন চিকিৎসকগণ অনুমান করিতেন যে, স্পার্মেটোজুন একপ্রকার জীবাণু; কিন্তু সেরূপ ধারণা এখনও সম্পূর্ণ পরিত্যক্ত হয় নাই; আজিও কেহ কেহ সেই মতের সমর্থন করিয়া থাকেন। আজি কালি এই মত বলবৎ যে, স্পার্মেটোজুন স্বতন্ত্র জীবাণু নহে; কেবল সিলিয়ামযু এপিথিলিয়মের ন্যায় ইহাদের গতি নিয়ন্ত্রিত হইয়া থাকে।

শুক্র উৎসৃষ্ট হইবার পর যদি তাহা শারীর তাপের সমতুল্য সংবেষ্টক তাপে সংরক্ষিত হয়, তাহা হইলে স্পার্মেটোজুনের জীবনী ও সঞ্চালন শক্তি দুই তিন দিন ধরিয়া অক্ষুণ্ণ থাকিতে পারে। নিকৃষ্ট প্রাণীদিগের পুরুষ-সংসর্গের আট দশ দিন পরেও স্ত্রীজননেন্দ্রিয়ের অভ্যন্তরে স্পার্মেটোজুনকে সজীব থাকিতে দেখা যায়। অম্লযুক্ত পদার্থের সহযোগে ইহাদের জীবনী শক্তি হ্রাস পায়; এইজন্য লিউকোরিয়া পীড়াগ্রস্তা অঙ্গনাদিগকে কখন কখন বন্ধ্যা হইতে দেখা যায়।

পুরুষ-সংসর্গে শুক্র যোনির ঊর্দ্ধাংশে, অথবা জরায়ু মধ্যে উৎসৃষ্ট হইলে স্পার্মেটোজোয়া গুলি স্ব স্ব স্বাধীন গতি দ্বারা জরায়ুর সিলিয়ার সাহায্যে ঊর্দ্ধে চালিত হইয়া অভ্যন্তরীণ জননেন্দ্রিয়ের কোন একটী স্থানে ওভামের সহিত সম্মিলিত হয়; তাহাতেই গর্ভাধান হইয়া থাকে। সচরাচর কোন্ স্থলে যে, ওভিউল ও স্পার্মেটোজোয়ার একত্র সংযোগ হয়, অদ্যাপি তাহা স্থিরীকৃত হয় নাই। সম্ভবতঃ, অধিক স্থলে ফ্যালোপিয়ন নালীতে এই সংযোগ সাধিত হইয়া থাকে। স্পার্মেটোজোয়ার চলচ্ছক্তি সামান্য নহে; তাহাতে আবার

যখন ইহারা জরায়ুরসিলিয়ার সহযোগে ঊর্দ্ধভাগে চালিত হয়, তখন ইহাদের গতিশক্তি আরও বর্দ্ধিত হইয়া উঠে। ফেলোপিয়ন নালীর সিলিয়ার গতির বিরুদ্ধে ইহারা গমন করিতে সক্ষম হয়। এইজন্য কেবল যোনির অভ্যন্তরে শুক্র উৎসর্গ করিলেই যে, গর্ভ উৎপাদিত হয় এমত নহে,—যোনির যে কোন স্থলে,—মুখ প্রদেশে, এমন কি ভল্‌ভার উপরও শুক্র উৎসৃষ্ট হইলে গর্ভোৎপাদন হইতে পারে। অঙ্কুরিত না হইলে ওভাম বিনষ্ট হইয়া যায় এবং জরায়ু দ্বারা নিষ্কাষ্য পদার্থরূপে বহির্গত হইয়া পড়ে। ওভাম কতদিনে ফ্যালোপিয়ন নালী অতিক্রম করিয়া জরায়ুতে প্রবেশ করে, তাহা নিশ্চয় বলিতে পারা যায় না, সম্ভবত ১০।১২ দিন লাগে। ডাক্তার নিউ-পোর্ট বলেন, অনেকগুলি স্পার্মেটোজোয়ার সংযোগ না হইলে ওভাম অনুপ্রাণিত হয় না। স্পার্মেটোজোয়া গুলি জোনা পেলিউসিডা ভেদ করিয়া ইয়েকের মধ্যে প্রবেশ করে এবং তাহার সহিত মিশিয়া এক হইয়া যায়। এইরূপে ওভাম অনুপ্রাণিত হইয়া থাকে। অনুপ্রাণিত ওভাম যে সময়ে জরায়ু-গহ্বরে উপনীত হয়, তথাকার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি অধিকতর স্ফীত হইয়া থাকাতে, তন্মধ্যে ইহা আবদ্ধ হইয়া পড়ে, বহির্নিঃসৃত হইতে পায় না। এইকালে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির যে সকল পরিবর্ত্তন হইয়া থাকে, তদ্বিষয়ে যথাক্রমে বর্ণিত হইতেছে।

ওভেরি হইতে ওভাম-নির্গমন কালে ডিস্কাস্ প্রোলেজেরাসের অনেক-গুলি সেল ইহাতে সংলগ্ন থাকে; ফ্যালোপিয়ন নালীতে অগ্রসর হইবার কালে ওভামের গাত্র সংলগ্ন এই সকল সেল ক্রমে অদৃশ্য হইয়া যায়; তখন কেবল জোনা পেলিউসিডা ডিম্বকে বেষ্টন করিয়া থাকে। ওভাম অনুপ্রাণিত হইলে "জার্ম্মিন্যাল ভেসিকেল" ও "জর্ম্মিন্যাল স্পট" অদৃশ্য হইয়া পড়ে। এই সময়ে অণ্ডের ইয়েক আকুঞ্চিত হইয়া অধিকতর নিরেট ভাব ধারণ করে এবং জোনা পেলিউসিডা হইতে বিযুক্ত হইয়া পড়ে, ইহাতে ইয়েকের বাহির কিনারা ও ভাইটেলাইন মেম্ব্রেণের মধ্যে একপ্রকার রন্ধ্র দৃষ্ট হইতে দেখা যায়। ইয়েকের আকুঞ্চনের সঙ্গে সঙ্গে তাহার একস্থল একটু উন্নত হইয়া একটী ক্ষুদ্র দানার আকারে জোনা পেলিউসিডার নিম্নস্থ উক্ত রন্ধ্রে সংস্থিত হয়, ইহাকেই পোলার গ্লোবিউল বলা যায়। ইহার অবকাশ

পরে আর একটী পোলার গ্লোবিউল সৃষ্ট হইয়া থাকে। সম্ভবতঃ জার্মিন্যাল ভেসিকেল্ ও জার্মিন্যাল স্পটের তিরোভাবে এই দুইটী গ্লোবিউল উদ্ভূত হয়। পোলার গ্লোবিউল আবির্ভূত হইবার স্বল্পক্ষণ পরেই ভাইটেলসের কেন্দ্রস্থলে একপ্রকার স্বচ্ছ গঠনহীন তৈলবৎ গোলাকার পদার্থ উৎপাদিত হয়, ইহাকে "ভাইটেলাইন নিউক্লিয়স" কহে। প্রকৃত পক্ষে ইহাই গর্ভাধানের প্রথম নিদর্শন; কেননা পূর্ব্বোল্লিখিত অন্যান্য পরিবর্ত্তন অগর্ভিত ওভিউলেও দেখিতে পাওয়া যায়। ভাইটেলাইন নিউক্লিয়স উদ্ভূত হইলে পোলার গ্লোবিউলের নিকটে ইয়েকের বিভাগ আরম্ভ হয়; প্রথমে ইয়েকের চারিদিকে একটী কাট দৃষ্ট হইয়া থাকে, সেই কাট ক্রমে গভীর হইয়া ইহাকে দুইটী সমান অংশে বিভক্ত করে। ঠিক সেই সময়ে "ভাইটেলাইন নিউক্লিয়াস" ইয়েকের কেন্দ্রস্থলে সংলগ্ন হইয়া ইয়েকের বিভাগের সঙ্গে সঙ্গে দুইভাগে বিভক্ত হইয়া পড়ে; ইহার এক একটী অংশ বিভক্ত ইয়েকের এক একটী কেন্দ্রস্থল অধিকার করে। এই দ্বিধাবিভক্ত ইয়েকের ভাইটেলাইন নিউক্লিয়সের প্রত্যেকটী আবার দুই দুই অংশে পৃথক্কৃত হয়; এইরূপে ইয়েকের বিভক্ত অংশগুলি ক্ষুদ্র হইতে ক্ষুদ্রতর অংশে ক্রমান্বয়ে বিভক্ত হইয়া অবশেষে রাশীকৃত ছোট ছোট সেলে পরিণত হইয়া পড়ে। এই সমস্ত সেলের প্রত্যেকটীতেই ভাইটেলাইন নিউক্লিয়সের এক একটী অংশ বিদ্যমান থাকে। প্রথমে সেলগুলির প্রাচীর থাকে না: কিন্তু তাহা অচিরে গঠিত হয়। তৎ-সঙ্গে নিউক্লিয়সের ভিতর এক একটী নিউক্লিওলস দৃষ্ট হইয়া থাকে। এই সমস্ত সেলগুলি এই সময়ে ভাইটেলাইন মেম্ব্রেণের অন্তর্ভাগের উপর পর-স্পরে [illegible]পিত হইয়া প্রত্যেকে এক একটী "পলিগণ" বা বহুভুজের আকার ধারণ [illegible] এবং পরস্পরের কিনারায় সংলগ্ন হইয়া একটী মেম্ব্রেণে পরিণত হয়; সেই মেম্ব্রেণকে ব্লাষ্টোডার্মিক মেম্ব্রেণ বলা যায়। এই পরিবর্ত্তনের পর ওভামের ভাইটেলাইন মেম্ব্রেণ বহিঃস্তর এবং ব্লাষ্টোডার্মিক মেম্ব্রেণ অন্তঃস্তররূপে সজ্জিত হইয়া থাকে। ওভামের অভ্যন্তরে ইয়েকের অবশেষ থাকিয়া যায়। এই ব্লাষ্টো-ডার্মিক মেম্ব্রেণ ভ্রূণ-বিকাশনের প্রথম সোপান স্বরূপ। ভ্রূণের ক্রমস্ফুরণ বিষয়ে আর অধিক অগ্রসর হইবার পূর্ব্বে গর্ভাধানের সহিত জরায়ুর অভ্যন্তরে যে সকল পরিবর্ত্তন সংঘটিত হয়, তদ্বিষয়ে গুটিকতক কথা বলা যাইতেছে।

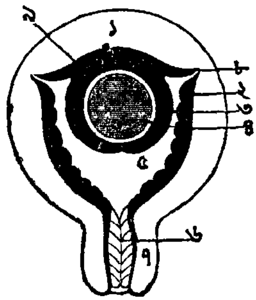
প্রথমতঃ জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে শোণিতাধিক্য হয়, এবং তৎসঙ্গে ইহা স্ফীত ও পুরু হইয়া পড়ে। প্রসব-কালে এই ঝিল্লি বহির্নিঃক্ষিপ্ত হয় বলিয়া "ডেসিডুয়া" নামে অভিহিত হইয়াছে। এইটাই ডেসিডুয়া ভেরা। কেবল গ্রীবা ব্যতীত জরায়ুর অপর সমস্ত অংশের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিরই এইরূপ পরিবর্ত্তন হইয়া থাকে। এই সময়ে গ্রীবাস্থ গ্রন্থি সমুদায় হইতে গাঢ় শ্লেষ্মা প্রস্রুত হয় ও তদ্দ্বারা গ্রীবাপথ অবরুদ্ধ হইয়া পড়ে। ওভাম জরায়ু মধ্যে প্রবিষ্ট হইয়া অনেকস্থলে ফ্যালোপিয়ন নালীর মুখের নিকটেই ডেসিডুয়া ভেরার নিখাত সমূহের কোন একটীতে আবদ্ধ হয়; ক্রমে ডেসিডুয়া ভেরা ওভামের চারিদিকে বাঁধের ন্যায় বেষ্টন করিতে আরম্ভ করিয়া আর একটী নূতন ঝিল্লি সৃষ্টি করে। সেই নবোৎপাদিত ঝিল্লি ও ডেসিডুয়া ভেরা দ্বারা অণ্ড সম্যক্‌রূপে আচ্ছন্ন হইয়া পড়ে;—এই অভিনব ঝিল্লিকে "ডেসিডুয়া রিফ্লেক্সা" কহে। গর্ভের প্রথম কয়েক মাসে ডেসিডুয়া ভেরা ও রিফ্লেক্সার মধ্যে অল্প-পরিমাণ সিরমের ন্যায় পদার্থ থাকে; ডাক্তার ব্রেশেট এই তরল পদার্থকে "হাইড্রোপিরোইন" বলিয়া বর্ণন করিয়াছেন। ভ্রূণের পরিস্ফুরণে ডেসিডুয়া দুইটী ক্রমে একত্রে মিলিত হইয়া আইসে, এবং হাইড্রোপিরোইন বিশোষিত হইয়া যায়। গর্ভের তৃতীয় ও চতুর্থ মাসে এইরূপ সংযোগ সাধিত হইয়া থাকে; এই সময়ে দুইটী স্তর একটী নিরবচ্ছিন্ন ঝিল্লিতে পরিণত হয়। ডেসিডুয়ার যে অংশে ওভাম নিহিত হয়, তাহাকে "ডেসিডুয়া সিরোটিনা" কহে। ইতঃপর প্রদর্শিত হইবে যে, ডেসিডুয়া সিরোটিনাতে প্ল্যাসেণ্টা উদ্ভূত হইয়া থাকে। গর্ভের শেষকালে ডেসিডুয়া ক্রমে পাতলা হইয়া আইসে এবং ইহার সংযোগস্থল সমূহের অপজনন বশতঃ ইহার সংযোগ ক্রমে ক্রমে জরায়ু গাত্র হইতে শিথিল হইয়া পড়ে, তাহার পর ভ্রূণ নির্গমের সহিত যথা সময়ে বহির্নিঃসৃত হইয়া যায়। চতুর্থ মাসে জরায়ুর পৈশিক সংচ্ছদ ও ডেসিডুয়ার মধ্যে একটী গঠনহীন সূক্ষ্ম ঝিল্লি উৎপাদিত হইতে আরম্ভ হয়; কালক্রমে ইহা অভিনব শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে পরিণত হইয়া থাকে। ইহা অতি মৃদুভাবে অল্পে অল্পে বর্দ্ধিত হইতে থাকে এবং প্রসবান্তে দ্বিতীয়মাস অতীত না হইলে পূর্ণ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে পরিণত হয় না। জরায়ুর "ইন্‌-ভোলিউশন" বর্ণনকালে এ বিষয় পুনর্ব্বার আলোচিত হইবে।

এক্ষণে ওভামের পুনরালোচনায় মনোনিবেশ করা গেল; ব্লাষ্টো-ডার্ম্মিক মেম্ব্রেণ গঠিত হইবার পর, ইহার অভ্যন্তরে একস্থলে কতকগুলি পুঞ্জীকৃত সেল দেখিতে পাওয়া যায়। সেই সেল গুলি ব্লাষ্টোডার্ম্মিক মেম্ব্রেণের অভ্যন্তরে ক্রমে ক্রমে বিস্তৃত হইয়া একটী ঝিল্লিতে পরিণত হইয়া থাকে; ইহা অভ্যন্তরীণ ব্লাষ্টোডার্ম্মিক মেম্ব্রেণ, অথবা হাইপোব্লাষ্ট নামে অভিহিত। বাহ্য ও অভ্যন্তরীণ ব্লাষ্টোডার্ম্মিক ঝিল্লিদ্বয়ের মধ্যে আর একটী ঝিল্লি অবশেষে গঠিত হয়; ইহাকে মেসোব্লাষ্ট কহে। ভাইটেলাইন মেম্ব্রেণ এ সময়ে ওভামকে আচ্ছাদন করিয়া থাকাতে, ওভামের চারিটী সংচ্ছদ দেখিতে পাওয়া যায়। এই সমস্ত সংচ্ছদের বহিঃস্থ আবরণটী ভাইটেলাইন মেম্ব্রেণ; তন্নিম্নে ব্লাষ্টোডার্ম্মিক মেম্ব্রেণ, তাহার অধোভাগে মেসোব্লাষ্ট এবং সর্ব্বনিম্নে হাইপোব্লাষ্ট। মিসোব্লাষ্ট আবার দুইটী পৃথক্ পৃথক্ স্তরে বিভক্ত হইয়া পড়ে। এই সকল স্তর হইতে ভ্রূণের যে সমস্ত শারীর অংশ গঠিত হয়, এস্থলে তাহা সন্নিবেশিত হইল। এপিব্লাষ্ট বা বাহ্য ব্লাষ্টোডার্ম্মিক মেম্ব্রেণ হইতে ভ্রূণের এপিডার্ম্ম, কিউটিকিলের গ্লাণ্ড, কেশ, নখ, মস্তিষ্ক, মেরুদণ্ড ও বিশেষ অনুভূতির ইন্দ্রিয় সকল সৃষ্ট হয়; ইহা হইতে এম্নিয়নও উৎপাদিত হইয়া থাকে। মিসোব্লাষ্ট হইতে পেশী, কোরিয়ন, অস্থিমণ্ডল, হৃদয, ধমনী, শিরা, পাচনপ্রণালী ও শোণিত এবং হাইপোব্লাষ্ট হইতে অন্নবহা নালীর ও শ্বাসপ্রণালীর এপিথিলিয়ম ঝিল্লি এবং তৎসংক্রান্ত গ্লাণ্ডগুলি গঠিত হইয়া থাকে। ভ্রূণের এই সকল অংশ কি প্রণালীতে পরিস্ফুরিত হয়, তাহা আনুপূর্ব্বিক বর্ণনা করা এই গ্রন্থের উদ্দেশ্য নহে। এই সকল বিষয়ের অবগতির নিমিত্ত পাঠক শারীরস্থান ও শারীর-তত্ত্ব অধ্যয়ন করিবেন। তবে ভ্রূণের সংচ্ছদ ও আবরকগুলি কিরূপে বিকাশিত হয় এবং মাতার সহিত কি প্রকারে ইহার সংযোগ সাধিত হইয়া থাকে, তাহা বুঝাইবার জন্য ভ্রূণের পরিস্ফুরণ সম্বন্ধে যাহা কিছু বলা আবশ্যক, এস্থলে তাহাই লিখিত হইল।

এপিব্লাষ্ট বা বাহ্য ব্লাষ্টোডার্ম্মিক মেম্ব্রেণ স্তরে স্তরে বিভক্ত হইবার পর ইহার এক প্রদেশের সেলগুলি ঘনীভূত ও পুরু হইয়া পড়ে; ইহাকেই "এরিয়া জার্ম্মিনেটিভা" বলা যায়। ইহা প্রথমে গোলাকার,

তাহার পর অণ্ডাকার ধারণ করে, এবং ইহার মধ্যেই "প্রিমিটিভ ট্রেস" বা প্রাথমিক নিদর্শন, একটী সরল রেখার আকারে পরিদৃশ্যমান হইয়া থাকে। ব্লাষ্টোডার্ম্মিক ঝিল্লি এক্ষণে এই প্রিমিটিভ ট্রেসের দুই ধারে দুইটি আলির ন্যায় উত্থিত হয়; এই দুইটি আলিকে "ডর্স্যাল প্লেট" কহে। ইহারা দুইটি চন্দ্রকলার ন্যায় দুইদিক্ হইতে বিস্তৃত হইয়া পরিশেষে "মিডিয়াল লাইনে" বা মধ্য রেখায় মিলিত হইয়া থাকে। এইরূপ মিলন হওয়াতে মধ্যস্থলে একটী নলাকার স্থল থাকিয়া যায়। এই নলের অভ্যন্তরে প্রিমিটিভ ট্রেস নিহিত থাকে এবং এই স্থলেই মেরুদণ্ড পরিস্ফুরিত হয়।

১১শ চিত্র।



ডেসিডুযার উদ্ভব।

১, জরায়ুর ফণ্ডাস, ২, ডেসিডুয়া ভেরা, ৩, ডেসিডুয়া রিফ্লেক্সা, ৪, ওভাম; ৫, ডেসিডুয়া ভেরা ও ডেসিডুয়া রিফ্লেক্সার ব্যবধানগত জরায়ুগহ্বর, ৬, আর্ব্বার ভাইটি, ৭, সার্ভিক্স, ৮, ফ্যালোপিয়ন নালীর ছিদ্র, ৯, ডেসিডুয়া সেরোটিনা।

অম্বিলাইক্যাল ভেসিকেল।—ভ্রূণের ক্রমস্ফুরণে হাইপোব্লাষ্ট মিসোব্লাষ্টের সহিত মিলিত হইয়া ইয়েককে দুইটি অসম ভাগে বিভক্ত করিয়া ফেলে। এই দুই অংশের যেটী ক্ষুদ্র, সেইটী অন্ত্রনালী গঠিত করে, বৃহদংশটী এব্ডোমেন গহ্বরের বহিঃস্থিত হইয়া থাকে; ইহাকেই 'অম্বিলাইক্যাল ভেসিকেল' বলা যায়। এই ভেসিকেল অচিরে এম্ব্রিয়ো হইতে পৃথক্ হইয়া পড়ে; তখন রজ্জুবৎ একটী সূক্ষ্ম নালীদ্বারা ইহাদের পরস্পরের সংযোগ সংরক্ষিত হয়। এই সংযোজক অংশকে "ভাইটেলাইন ডাক্ট" কহে।

ভাইটেলাইন ডাক্টে ওম্ফালো-মেসেণ্টিক ধমনী ও শিরা বিস্তৃত থাকে। অম্বিলাইক্যাল ভেসিকলে ইযেকের যে অবশেষ থাকিয়া যায়, ভ্রূণের অতি প্রাথমিক অবস্থায় তাহা ইহার পোষণ পদার্থরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। ভাইটেলাইন নালীদ্বারা সেই পোষণ পদার্থ ভ্রূণের বিবর্দ্ধমান টিসুমণ্ডলের পুষ্টিবিধান করে। এই পোষক পদার্থ সম্পূর্ণরূপে বিশোষিত হইলে অম্বিলাইক্যাল ভেসিকেল, এবং ইহার রক্তনালী ও ডাক্টগুলি অন্তর্হিত হয়; চতুর্থ মাসের প্রাক্‌কালে এই ঘটনা ঘটিয়া থাকে।

এমনিয়ম্‌।—ভ্রূণের সকল দিক হইতেই মিসোব্লাষ্টের অন্তস্তর ও এপিব্লাষ্টের এক একটী ভাঁজ উত্থিত হয়; ক্রমে সেই ভাঁজগুলি ভ্রূণের উপর ক্রমে ক্রমে কোব হইযা পরস্পরের অভিমুখে বিস্তৃত হইতে থাকে; অবশেষে একত্রে মিলিত হইয়া ইহাকে আচ্ছাদন করিযা ফেলে। এই ভাঁজগুলি যুগ্ম; অর্থাৎ ইহাদের প্রত্যেকটী এপিব্লাষ্ট ও মিসোব্লাষ্টের দ্বিগুণ স্তরে গঠিত। ভ্রূণের পশ্চাদ্ভাগের উপর ইহারা পরস্পরে মিলিত হওয়াতে অন্তস্তর অন্তস্তরে এবং বহিস্তর বহিস্তরে মিশিযা যায়। অন্তস্তরের অভ্যন্তরে যে গহ্বর থাকে তাহাকে এমনিযটিক কেভিটি বলা যায়; ইহার অভ্যন্তরেই এম্ব্রিযো নিহিত থাকে। বহিস্তর পরিশেষে ভাইটেলাইন মেম্ব্রেণের সহিত মিশিয়া কোরিয়ন প্রস্তুত করে; এই কোরিয়নই ওভামের বাহ্য আবরণ। এমনিয়ম একটী দৃঢ় ও কঠিন ঝিল্লি; ইহার অভ্যন্তর প্রদেশ পেভমেণ্ট এপিথিলিযমের একটি মাত্র স্তরে সজ্জিত; ইহাতে রক্তনালী, স্নায়ু ও লসিকা নালীর বিস্তার নাই; অন্যান্য প্রকারে সিরস মেম্ব্রেণের সহিত ইহার সাদৃশ্য দেখিতে পাওযা যায়। এমনিয়ম নাভিরজ্জুকে পরিবেষ্টন করিয়া ভ্রূণের ত্বকের সহিত সমন্বিত থাকে; এইরূপে এমনিযম একটী আবদ্ধ থালি প্রস্তুত করে। এই থালিতেই লাইকার এমনিয়াই আহিত থাকে।

লাইকার এমনিয়াই প্রথম প্রথম খুব পরিষ্কার ও স্বচ্ছ; তৎকালে জলের অপেক্ষা ইহার আপেক্ষিক গুরুত্ব কিছু বেশি; কিন্তু গর্ভ যত অগ্রসর হইতে থাকে, এমনিয়ম জল তত ঘোলাটিয়া ও আঠাল হইয়া পড়ে; তৎসঙ্গে ইহার গুরুত্বও অল্প পরিমাণে বাড়িয়া উঠে। ইহাতে এল্‌বুমেন, ইউরিয়া, বসাময়

পদার্থ, এবং সোডিয়ম, পটাসিয়ম, অল্প পরিমাণ ফস্ফেট ও ক্যাল্‌শিয়ম ক্লোরাইড দেখিতে পাওয়া যায়। গর্ভাবস্থায় এমনিয়মের পরিমাণ ক্রমে ক্রমে বাড়িতে থাকে; তৃতীয় মাসে ইহার পরিমাণ অতিশয় বর্দ্ধিত হইয়া উঠে; পূর্ণগর্ভে ইহার পরিমাণ কয়েক ঔন্স হইতে কয়েক পৌণ্ড হইতে দেখা যায়। কেহ কেহ অনুমান করেন যে, ভ্রূণ হইতে এমনিয়ম জল উৎপন্ন হইয়া থাকে; প্রিষ্টলি বলেন এমনিয়মের আচ্ছাদক এপিথিলিয়াল সেল হইতে ইহা নিঃসৃত হয়; এই মতই সম্ভবত সত্য বলিয়া বোধ হয়। লাইকার এমনিয়ম দ্বারাই ভ্রূণ সংরক্ষিত হইয়া থাকে; ইহা বাহ্য সন্তাপ বা আঘাত ও গর্ভাবস্থায় জরায়ুর অস্বাভাবিক সঙ্কোচন হইতে ভ্রূণকে রক্ষা করে, ভ্রূণের সঞ্চালন ও পরিসর্পণে সহায়তা করে, ও ইহার সমান তাপ রক্ষা করে এবং প্রসবকালে স্থিতিস্থাপক কীলকরূপে জরায়ুমুখ বিস্ফারণে সহায়তা করিয়া থাকে।

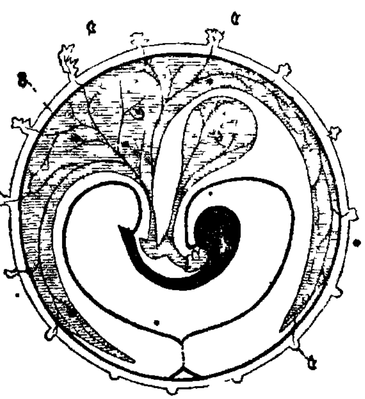
কোরিয়ন ও এমনিয়মের মধ্যে অল্প ব্যবধান স্থল থাকে; সেই ব্যবহিত স্থানটী প্রথমে স্বচ্ছ ও অতি সূক্ষ্ম তন্তুজালমণ্ডিত একপ্রকার আঠার ন্যায় পদার্থ দ্বারা পরিপূরিত থাকে। ডাক্তার ভেল্পো সেই সমস্ত স্বচ্ছ তন্তুকে "কর্পস রেটিকিউল" নামে আখ্যাত করিয়াছেন। ক্রমে এমনিয়মের পরিবৃদ্ধির সহিত সেই আঠার ন্যায় পদার্থ বিশোষিত হইয়া যায়। কখন কখন এমনিয়ম ও কোরিয়নের মধ্যে একপ্রকার তরল পদার্থ বিদ্যমান থাকে; প্রসবের প্রারম্ভে তাহা নিঃসৃত হওয়াতে জলমুচি ভাঙ্গিয়াছে বলিয়া ভ্রম হইবার সম্ভাবনা।

এলেণ্টইস।—ভ্রূণের অন্ত্রনালীর নিম্নাংশ হইতে এলেণ্টইস উদ্ভূত হইয়া থাকে। প্রথমে ইহাকে একটী ঝিল্লিময় ভেসিকল্‌রূপে দেখা যায়; সেই ভেসিকল্ মিসোব্লাষ্টের অন্তস্তর ও এপিব্লাষ্ট হইতে উৎপন্ন এবং অন্ত্র-নালীর সহিত সমন্বিত হয়। ইহাতে যে সমস্ত রক্তনালী থাকে, অন্ত্রমণ্ডলের রক্তনালীর সহিত তাঁহাদের সম্বন্ধ দেখিতে পাওয়া যায়। এলেণ্টইস প্রথমে বর্ত্তুলাকার, ক্রমে পরিপুষ্ট হইয়া ইহা একটী পিয়ারা ফলের আকার ধারণ করে, এবং দুইটী অসম অংশে বিভক্ত হইয়া পড়ে। তখন একটী মাত্র "পেডিকল্" বা বৃন্তদ্বারা এই দুইটী অংশ পরস্পরে সম্বদ্ধ থাকে। এই দুইটীর মধ্যে যেটী ক্ষুদ্র, সেইটী এবডোমেন গহ্বরে সংস্থিত; এবং তাহাই

কালে পরিস্ফুরিত হইয়া মূত্রাশয়ে পবিণত হয়। বৃহত্তর অংশটী ক্রমে ক্রমে পরিপুষ্ট ও বিস্তৃত হইয়া ভ্রূণকে সম্যক্‌রূপে পবিবেষ্টন কবিয়া ফেলে। তাঁহার পর ইহা একটী ভাস্কুলাব মেম্ব্রেণে পবিণত হইয়া কোবিয়নেব সহিত মিশিয়া যায়। ইহা হইতেই কোবিযনেব বক্তনালী সমূহ সমুদ্ভত হইয়া থাকে।

এলেণ্টইসেব বৃন্তে প্রথম প্রথম দুইটী ধমনী ও দুইটী শিরা বিদ্যমান থাকে; কালক্রমে তন্মধ্যে একটী শিবা অপজনিত হইযা শুকাইযা যায। তাহার পর ধমনীদ্বয় ও অবশিষ্ট শিবা ভাইটেলাইন ডাক্টেব সহযোগে নাভিবজ্জুব সংগঠনে প্রযুক্ত হইযা থাকে। ভ্রূণের এব্‌ডোমেন প্রাচীর সমূহ যখন নাভিবজ্জুর চাবিপার্শ্বে মিলিত হয় তৎকালে এলেণ্টইসেব যে অংশটী ভ্রূণেব উদব মধ্যে থাকে তাহা পবিপুষ্ট হইয়া মূত্রাশযে পবিণত হয়। ভ্রূণ ভূমিষ্ঠ হইবাব পুর্ব্বে নাভিবজ্জু ও মূত্রাশয়েব মধ্যবর্ত্তী বৃন্তাংশটী কঠিন ও নিবেট ভাব ধাবণ কবে এবং ববাবব সেই অবস্থাতেই থাকিয়া যায়। ইহাকেই ইউবেকস কহে।

১২শ চিত্র।



এমনিয়ন্ ও নাভিরজ্জুর পরিস্ফুরণ।

১, ভ্রূণ; ২, অম্বিলাইক্যাল ভেসিকেল; ৩, এলেণ্টইস; ৪, কোরিয়ণ; ৫, কোরিয়ণের ভিলাই।

কোরিয়ন।—ভ্রূণ যে দুইটী আবরণে আচ্ছাদিত থাকে, তন্মধ্যে যেটী বহিঃস্থিত, সেইটীকে কোরিয়ন বলা যায়। কোরিয়ন তিনটী উপাদানে গঠিত ;—১ম, ভাইটেলাইন মেম্ব্রেণ; ২য়, এমনিয়ম গঠনের বর্ণনকালে যে দুইটী স্তরের বিষয় বর্ণিত হইয়াছে, তাহার বাহ্যস্তর ; ৩য় এলেণ্টইস। এই তিনটী উপাদানের সম্মিলনে কোরিয়ন উৎপন্ন হইয়া থাকে। এমনিয়মের ন্যায় কোরিয়নও ভ্রূণকে সম্যক্‌রূপে আচ্ছাদন করিয়া থাকে। কোরিয়নের গাত্রে কতকগুলি "ভিলাই" বা কেশর দেখিতে পাওয়া যায়। ভিলাইগুলি ফাঁপা ; তাহারা কোরিয়ন গাত্রে উন্নত হইয়া লম্বভাবে সংস্থিত থাকে, এইজন্য কোরিয়নের বহির্ভাগ অসম। ইহার অভ্যন্তর ভাগ সমতল। এই সমস্ত ভিলাই গুলির প্রথমে কোনরূপ নির্দ্দিষ্ট গঠন এবং ইহাদের মধ্যে শোণিতনালী থাকে না ; কিন্তু যখন এলেণ্টইস আসিয়া কোরিয়নের সহিত সম্মিলিত হয়, তখন প্রত্যেক ভিলাইয়ের মধ্যে একটী ধমনী ও একটী শিরা প্রবেশ করে। এই সমস্ত ধমনী হইতে শাখা প্রশাখা বহির্গত হইয়া ভিলাইয়ের শাখা প্রশাখায় প্রবিষ্ট হইয়া থাকে। গর্ভের প্রথমাবস্থায় এই সকল ভিলাইয়ের শাখা প্রশাখাগুলি ভ্রূণের চতুর্দ্দিকে লক্ষিত হয়। ক্রমে তাহারা ডেসিডুয়ার সহিত এত দৃঢ়রূপে সম্বদ্ধ হইয়া পড়ে যে, তাহা অল্প বা অধিক পরিমাণে ছিন্ন না করিলে কোরিয়ন হইতে ডেসিডুয়া পৃথক্ করা যায় না। গর্ভের দ্বিতীয় মাসের শেষভাগে সমস্ত ভিলাইগুলিই বিলুপ্ত হইয়া যায়, কেবল ডেসিডুয়া সিরোটিনার সহিত যে গুলি সংযুক্ত থাকে, সেই গুলিই পরিপুষ্ট হইয়া অবশেষে পরিস্রবের গঠনে প্রযুক্ত হইয়া থাকে।

প্ল্যাসেণ্টা বা পরিস্রব।—ডেসিডুয়া সিরোটিনা এবং তদুপরিস্থিত কোরিয়নের অংশ ক্রমে পরিস্ফুরিত হইয়া প্লাসেণ্টা উৎপাদিত করে। কোরিয়ন ভ্রূণ হইতে এবং ডেসিডুয়া জরায়ু হইতে উদ্ভূত হয় বলিয়া, একটীকে ভ্রূণের অংশ এবং অপরটীকে মাতার অংশ বলিয়া বর্ণিত হইয়া থাকে। কোরিয়নের ভিলাই সমূহ ক্রমাগত বর্দ্ধিত ও শাখাপ্রশাখায় বিভক্ত হইয়া ডেসিডুয়া সিরোটিনার উপরিস্থিত খাত সমুদায়ের ভিতর নিহিত হইতে থাকে। কোরিয়নের ভিলাই সমূহে যে সকল সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম রক্তনালী দেখিতে

পাওয়া যায়, সেই নালীগুলি অম্বিলাইক্যাল ধমনীর শাখাপ্রশাখার শেষ এবং শিরার প্রারম্ভ ভাগ। সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম শিরা ও ধমনী ক্যাপিলারি নালীর দ্বারা সংযোজিত থাকাতে, শোণিত ধমনী হইতে শিরায় সঞ্চালিত হইয়া থাকে। কোরিয়নের ভিলাই সমূহের পরিবর্দ্ধনের সহিত ডেসিডুয়ার রক্তনালী সমুদায়ও বর্দ্ধিত হইতে থাকে। কিন্তু ভিলাই ও ডেসিডুয়ার নালী-সমুদায় পরস্পরের সহিত কিরূপ সম্বন্ধে নিবদ্ধ, আজিও তাহা স্থিরীকৃত হয় নাই। এ সম্বন্ধে ভিন্ন ভিন্ন সন্দর্শকদিগের মতভেদ দেখিতে পাওয়া যায়। পূর্ব্বে অনেকেরই বিশ্বাস ছিল যে, ডেসিডুয়া সিরোটিনায় কতকগুলি নিখাত দৃষ্ট হইয়া থাকে, জরায়ুর ধমনী সকল সেই সমস্ত নিখাতে শোণিত নিস্রুত করে, সেই শোণিত এই সকল নিখাত হইতে জরায়ুর প্রাচীরস্থিত বৃহৎ বৃহৎ সাইনাসে নীত হয়; পরে তথা হইতে জরায়ুর বহিঃস্থিত শিরা সমূহে চালিত হইয়া থাকে। কিন্তু আধুনিক সন্দর্শকগণের অনুসন্ধানে উক্ত মত ভ্রান্ত বলিয়া বোধ হয়। তাঁহারা বলেন যে, ভ্রূণ ও মাতার শোণিতনালীর সহিত নিরবচ্ছেদ সংযোগ নাই;—এই উভয়বিধ নালীর মধ্যে অন্ততঃ দুইটী সেলস্তর বিদ্যমান আছে। তন্মধ্যে একটী স্তর ভিলাইয়ের, অপরটী ডেসি-ডুয়ার। দুই দিকস্থ শোণিতের মধ্যে সেলুলার স্তরের ব্যবধান থাকাতে একের শোণিত অপরের শোণিতের সহিত মিশ্রিত হইতে পারে না; তবে ভ্রূণের নিষ্কাশ্য পদার্থ সমূহ মাতার শোণিতে চালিত হইতে পারে এবং মাতা হইতে পোষণ দ্রব্য ভ্রূণের শোণিতে নীত হয়। এইরূপে প্ল্যাসেণ্টা ভ্রূণের পোষক ও নিঃসারক যন্ত্ররূপে কার্য্য করিয়া থাকে। ভ্রূণের দূষিত শোণিত অম্বিলাইক্যাল ধমনীদ্বারা এই যন্ত্রে আনীত হয়; এই স্থলে দূষিত শোণিত মাতার শোণিতে অঙ্গারাম্ল উৎসর্গ করিয়া তাহা হইতে অম্লজান গ্রহণ পূর্ব্বক সংশোধিত হইয়া অম্বিলাইক্যাল শিরা দ্বারা ভ্রূণে প্রত্যাবৃত্ত হইয়া থাকে। শোণিত এইরূপে সংশোধিত হওয়াতে প্ল্যাসেণ্টা ফুস্‌ফুসের কার্য্য করিয়া থাকে।

সমুদায় স্তন্যপায়ী প্রাণীগণেরই নানা আকারের প্ল্যাসেণ্টা দেখিতে পাওয়া যায়। মানবীয় প্ল্যাসেণ্টা দেখিতে "আস্কে" পিষ্টকের মত; ইহার কুব্জ ভাগ জরায়ু-গাত্রে সংসক্ত এবং ন্যুব্জ ভাগে নাভিরজ্জু লম্বিত

থাকে। এক একটী প্ল্যাসেণ্টার ব্যাস সচরাচর ৬ হইতে ৮ ইঞ্চ; ইহার কেন্দ্রস্থল ১ ইঞ্চ অথবা তদপেক্ষা কিছু বেশি পুরু এবং পরিধিভাগ পাতলা; ইহা ওজনে ১৮ হইতে ২৪ ঔন্স পর্য্যন্ত হইতে দেখা যায়। নাভিরজ্জু ইহার ঠিক মধ্যস্থলে, কখন কখন একপার্শ্বে সংসক্ত থাকে।

নাভিরজ্জু।—নাভিরজ্জু দ্বারা প্ল্যাসেণ্টার সহিত ভ্রূণের সংযোগ সাধিত হইয়া থাকে; ইহা প্রধানতঃ এলেণ্টইসের পেডিকেল বা বৃন্ত হইতে উৎপন্ন। সচরাচর রজ্জু ১৮ হইতে ২০ ইঞ্চ পর্য্যন্ত দীর্ঘ হইতে দেখা যায়। কিন্তু সময়ে সময়ে খুব ছোট হইয়া ৫।৬ ইঞ্চ, কখনও বা অতিশয় দীর্ঘ হইয়া ৭।৮ ফিট পর্য্যন্ত হইয়া থাকে। ইহা অসাধারণ দীর্ঘ হইলে প্রায়ই ভ্রূণকে জড়াইয়া থাকিতে দেখা যায়। কখন কখন ইহা আপনা হইতে গ্রন্থিবদ্ধ হইয়া পড়ে। গর্ভের প্রথমাবস্থায় এমনিয়ম অধিক থাকাতে ক্ষুদ্র ভ্রূণ নাভিরজ্জুর একটী ফাঁসের ভিতর দিয়া সহজে চালিত হইতে পারে; এরূপ হইলে রজ্জুতে গ্রন্থিবদ্ধ হইয়া থাকে। রজ্জুতে একটী শিরা এবং দুইটী ধমনী বিদ্যমান; শিরাটি ভাল্‌ভহীন। রজ্জু হোয়ার্টনের জেলি নামে একপ্রকার পিচ্ছিল পদার্থ দ্বারা আচ্ছন্ন এবং কোরিয়ন ও এমনিয়মের একটী সম্মিলিত স্তরে আবৃত। রজ্জুতে গ্রন্থি পড়িলেও এই হোয়ার্টনের জেলি বশতঃ শোণিত সঞ্চালনের অধিক ব্যতিক্রম প্রায়ই হয় না। গর্ভের প্রথমাবস্থায় রজ্জুর রক্তনালী সমুদায় সমান্তর ভাবে থাকে, পরে ধমনীদ্বয় শিরাকে চারিদিকে বেষ্টন করে। অধিকাংশ স্থলেই ধমনী শিরাকে বাম হইতে দক্ষিণে বেষ্টন করিয়া থাকে,—কিন্তু কি কারণে এরূপ হইয়া থাকে, তাহা নির্দ্দিষ্ট হয় নাই।

ভ্রূণদেহে শোণিত-সঞ্চালন।—প্ল্যাসেণ্টা হইতে বিশুদ্ধ শোণিত অম্বিলাইক্যাল শিরা দ্বারা ভ্রূণে আনীত হয়। অম্বিলাইক্যাল শিরা ভ্রূণের নাভিস্থল ভেদ করিয়া যকৃতের নিম্নপ্রদেশস্থিত "ট্রান্সভার্স ফিসার" বা অনুপ্রস্থ খাতে উপনীত হইয়া থাকে। এইস্থল হইতে শোণিত দুই অংশে চালিত হয়;—এক অংশ "ডাক্টাস ভিনোসস" দ্বারা একেবারে "ইন্‌ফিরিয়র ভিনাকেভা" নামক বৃহত্তম শিরায় নীত হয়; অপর অংশ যকৃতের ভিতর সঞ্চালিত হইয়া "হিপ্যাটিক" শিরায় আসিয়া পড়ে। এই হিপ্যাটিক ভেনও

ইন্‌ফিরিয়র ভিনাকেভায় শেষ হইয়াছে। অম্বিলাইক্যাল শিরা হইতে শোণিত এইরূপে ইন্‌ফিরিয়র ভিনাকেভায় আসিয়া তত্রত্য শোণিতের স্রোতে চালিত হইয়া হৃৎপিণ্ডের দক্ষিণ অরিকেলে প্রবেশ করে। তথা হইতে শোণিত ইউষ্টেশিয়ান ভাল্‌ভের সাহায্যে ফোরামেন ওভেলি নামক ছিদ্র দিয়া একেবারে বাম অরিকেলে আসিয়া পড়ে। শোণিত বাম অরিকেল হইতে বাম ভেণ্ট্রিকেলে উপনীত হয়, পরে ইহার অধিকাংশ, এওর্টা হইতে উত্থিত ধমনী সমূহ দ্বারা মস্তক ও উৰ্দ্ধশাখাদ্বয়ে চালিত হইয়া থাকে। দেহের উৰ্দ্ধস্থিত অংশ সমুদায় হইতে শোণিত "সুপিরিয়র ভিনাকেভা" নামক বৃহত্তম শিরা দ্বারা প্রত্যাবর্ত্তন করিয়া দক্ষিণ অরিকেলে এবং তথা হইতে দক্ষিণ ভেণ্ট্রিকেলে আসিয়া উপনীত হয়; দক্ষিণ ভেণ্ট্রি-কেল হইতে শোণিত "পাল্মনারী" ধমনীতে চালিত হইয়া থাকে; কিন্তু এই কালে ফুস্‌ফুস কঠিন ও নিষ্ক্রিয় অবস্থায় থাকাতে, এই ধমনী দিয়া ফুস্‌ফুসের কেবল পোষণোপযোগী অতি অল্প শোণিত সঞ্চালিত হয়। ইহার অধিকাংশ "ডাক্টাস আর্টিরিয়োসস্" নামক নালী দ্বারা ডিসেণ্ডিঙ্‌ এওর্টার মূলদেশে নীত হইয়া থাকে, এবং এইখানে বাম ভেণ্ট্রিকেল হইতে নিঃসৃত শোণিতের কিয়দংশের সহিত মিশ্রিত হইয়া ডিসেণ্ডিঙ্‌ এওর্টা দিয়া নিম্নগামী হয়; তাহাতে দেহের অধঃস্থিত অংশসমুদায়ের পোষণ সাধিত হইয়া থাকে। এই নিম্নগামী শোণিতের অধিকাংশ, অম্বিলাইক্যাল ধমনী দ্বারা পরিস্রবে আনীত হয়, এবং তথা হইতে অম্বিলাইক্যাল শিরা দ্বারা ভ্রূণদেহে চালিত হইয়া থাকে; এইরূপে ভ্রূণের শোণিত-সঞ্চালন সাধিত হয়।

সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার পর ফুসফুসের কার্য্য আরম্ভ হইলে পাল্মনারী ধমনী দিয়া শোণিত নিয়মিতরূপে প্রবাহিত হইতে থাকে। তখন ডাক্টস আর্টি-রিয়োসসের কার্য্যের আবশ্যকতা না থাকাতে ইহা খর্ব্বায়তন হইয়া বন্ধ হইয়া যায়। অম্বিলাইক্যাল শিরা ও ধমনী দিয়া শোণিত সঞ্চালন বন্ধ হওয়াতে ইহাদিগেরও অপজনন হইয়া থাকে। অম্বিলাইক্যাল শিরা যকৃতের "রাউণ্ড লিগেমেণ্ট" এবং হাইপোগাষ্ট্রীক (অম্বিলাইক্যাল) ধমনীদ্বয় মূত্রা-শয়ের বন্ধনীরূপে পরিণত হয়। ডাক্টস ভিনোসসও শুকাইয়া যায়; ইউ-ষ্টেশিয়ান ভাল্‌ভের আর আবশ্যকতা থাকে না; এবং ফোরামেন ওভেলি

রুদ্ধ হইয়া পড়ে। শোণিত দক্ষিণ অরিকেল হইতে দক্ষিণ ভেণ্ট্রিকেল এবং দক্ষিণ ভেণ্ট্রিকেল হইতে পাল্মনারী ধমনী দ্বারা ফুস্‌ফুসে নীত হয়; তথা হইতে পাল্মনারী শিরা দ্বারা বাম অরিকেলে প্রত্যাবৃত্ত হইয়া থাকে। বাম অরিকেল হইতে বাম ভেণ্ট্রিকেলে এবং বাম ভেণ্ট্রিকেল হইতে দেহের সর্ব্বত্র চালিত হইতে থাকে।

প্রতিমাসে ভ্রূণের কিরূপ পরিস্ফুরণ হইয়া থাকে, নিম্নে তাহার সার সঙ্কলিত হইল।

প্রথম মাস।—ভ্রূণের দৈর্ঘ্য প্রায় $\frac{1}{2}$ ইঞ্চ; তৎকালে ইহা গঠন বিহীন জেলির ন্যায় আঠাল স্বচ্ছবৎ পদার্থ থাকে। এমনিয়ম পূর্ণ উৎপাদিত; এলেণ্টইস কোরিয়নে উপনীত; অম্বিলাইক্যাল ভেসিকেল বৃহৎ।

দ্বিতীয় মাস।—দৈর্ঘ্য $\frac{1}{2}$ ও $\frac{3}{4}$ ইঞ্চের মধ্যে; মস্তক এবং উর্দ্ধ ও নিম্নশাখা পরিদৃশ্যমান; চক্ষুর্দ্বয় কৃষ্ণ বিন্দুবৎ লক্ষিত, "উল্‌ফিয়ান বডি" ও যকৃৎ বৃহৎ; হৃৎপিণ্ড, ফুস্‌ফুস্ ও জননেন্দ্রিয় সমূহের গঠনারম্ভ; এব্‌ডোমেন প্রাচীর সম্মুখে আবদ্ধ; ক্লেভিক্যাল ও নিম্ন "জ্য" অস্থির প্রারম্ভ; অম্বিলাইক্যাল ভেসিকেল খর্ব্বায়তন হইয়া পড়ে; নাভিরজ্জু সরল ও এব্‌ডোমেন প্রাচীরের নিম্নস্থিত।

তৃতীয় মাস।—দৈর্ঘ্য $2\frac{1}{2}$ হইতে $3\frac{1}{2}$ইঞ্চ, ওজনে প্রায় ১ ঔন্স; দেহ অপেক্ষা মাথা বড়; পিউপিলারী মেম্ব্রেণ গঠিত; এব্‌ডোমেনস্থিত যন্ত্রসমুদায় দৃশ্যমান; অঙ্গুলির উপক্রম, অম্বিলাইক্যাল ভেসিকেল ও এলেণ্টইস বিশোষিত; পরিস্রব স্পষ্ট লক্ষিত; নাভিরজ্জু জড়িত হইতে আরম্ভ করে; জননেন্দ্রিয়ের দ্বারা ভ্রূণের পুংস্ত্ব বা স্ত্রীত্ব স্থির করা যায় না।

চতুর্থ মাস।—দৈর্ঘ্য ৫ হইতে ৬ ইঞ্চ; ভার ৫।৬ ঔন্স; পেশীসমূহ সঙ্কোচনশীল; মস্তিষ্কের কন্‌ভলিউশন দৃশ্যমান; পুংস্ত্ব বা স্ত্রীত্ব নির্ণেয়; সুচার্স ও ফন্টিনেলিস ব্যাবৃত্ত; ফ্রণ্ট্যাল, অক্‌সিপিট্যাল ও ম্যাষ্টইড অস্থির প্রারম্ভ।

পঞ্চম মাস।—দৈর্ঘ্য ৯।১০ ইঞ্চ; ভার ৮।১০ ঔন্স; মাথার উপর কেশোদ্গম আরম্ভ, যকৃতের পিত্তনিঃসারণ আরম্ভ; অন্ত্রনালীতে মিকোনিয়ম বিদ্যমান; নখের গঠনারম্ভ; ইস্কিয়ম অস্থিদ্বয়ের আরম্ভ।

ষষ্ঠ মাস।—দৈর্ঘ্য ১১ হইতে ১৩ ইঞ্চ; ভার ১ পৌণ্ড; অক্ষিপত্র গঠিত; ক্রেনিয়মের অস্থি আবদ্ধ; সুচার্স ও ফন্টিনেলিস এখনও ব্যাবৃত্ত; পিউবিক অস্থির গঠনাবস্থ; ত্বক্‌নিম্নস্থ এরিওলিয়ার টিস্থতে বসা সঞ্চিত হইতে আরম্ভ করে, টেষ্টিকেল এখনও নামে নাই; অক্ষিপুট উন্মুক্ত।

সপ্তম মাস।—দৈর্ঘ্য ১৪ হইতে ১৫ ইঞ্চ, ভার ৩ হইতে ৪ পৌণ্ড; কেশ সমূহ দীর্ঘ ও কৃষ্ণবর্ণ; ত্বক্‌ সিবেশস পদার্থে আচ্ছন্ন; ত্বক্‌নিম্নে বসা বিদ্যমান; পিউপিলারী মেম্ব্রেণ অন্তর্হিত; টেষ্টিকেল স্ক্রোটমে আগত, ভ্রূণ এক্ষণে স্বাধীন ভাবে জীবন ধারণ করিতে সমর্থ।

অষ্টম মাস।—দৈর্ঘ্য ১৫ হইতে ১৮ ইঞ্চ, ভার ৪।৫ পৌণ্ড; কর্ণিয়া পরিষ্কার; পিউপিলারী মেম্ব্রেণ সম্পূর্ণ অন্তর্হিত।

নবম মাস।—দৈর্ঘ্য ১৯ হইতে ২০ ইঞ্চ; ভার সচরাচর ৬ হইতে৮ পৌণ্ড; কখন কখন তদপেক্ষা অধিক হইতে দেখা যায়। স্ত্রী ভ্রূণ অপেক্ষা পুং ভ্রূণ কিঞ্চিৎ দীর্ঘ ও ভারি হইয়া থাকে। উপরিউক্ত দৈর্ঘ্য এবং গুরুত্ব ইউরোপ দেশীয় ভ্রূণের দেখা যায়, ভারতবর্ষীয় ভ্রূণ অত দীর্ঘ বা গুরু হয় না,—প্রায় ১ হইতে ২ ইঞ্চ ছোট এবং ৫ হইতে ৮ অউন্স লঘু হইয়া থাকে।

ভ্রূণমস্তকের সংগঠন-প্রণালী।

প্রসব-প্রক্রিয়ায় সম্যক্‌ জ্ঞান লাভ করিতে হইলে, ভ্রূণমস্তকের সংগঠন সম্বন্ধে অভিজ্ঞতা থাকা আবশ্যক। দেহের মধ্যে এই অংশটীই সর্ব্বাপেক্ষা অধিক কঠিন, এবং এই অংশ বহির্নিঃসৃত হইলে শিশুর সমগ্র দেহ সহজে বহির্গত হইয়া থাকে। বস্তিগহ্বরের ক্ষুদ্রায়তন অথবা অন্য কোন কারণ বশতঃ যে স্থলে অস্ত্রচিকিৎসার সাহায্যে ভ্রূণমস্তককে খর্ব্বায়তন করিয়া বাহির করিতে হয়, সে স্থলেও মস্তক-নিঃসারণের পর সমগ্র শরীর নিঃসৃত হইয়া পড়ে।

স্কলের উপরিভাগে, দুইখানি প্যারাইটাল বা পার্শ্বাস্থি, একখানি ফ্রণ্ট্যাল বা সম্মুখাস্থি, দুইখানি টেম্পোরাল বা ললাটাস্থি এবং একখানি অক্সিপিট্যাল বা পশ্চাদস্থি,—সর্ব্বসমেত এই ছয়খানি অস্থি বিদ্যমান আছে। ভ্রূণ অবস্থায়, এই সকলের মধ্যে প্যারাইট্যাল, ফ্রণ্ট্যাল ও অক্সিপিট্যাল

অস্থি কয়েকখানিই অপেক্ষাকৃত নরম ও নমনীয়। এই সকল অস্থি মেম্ব্রেণ দ্বারা পরস্পরে সংযোজিত; এইজন্য প্রসব-কালে পেষিত হওয়াতে তাহারা পরস্পরে সংসক্ত হইয়া পড়ে; তাহাতে মস্তকের আয়তন কমিয়া যায় এবং ভ্রূণ সহজে বহির্নিঃসারিত হইতে পারে। যে সকল অস্থি দ্বারা স্কলের তলদেশ ও মুখমণ্ডল গঠিত, সেইগুলি অপেক্ষাকৃত দৃঢ় এবং পরস্পরে এরূপ সংযুক্ত যে, তাহারা সহজে নমিত হয় না।

ক্রেনিয়মের তিনটী প্রধান সুচার্স,—করোনার, ল্যাম্বডয়াইডাল ও সেজিট্যাল। সম্মুখে ফ্রণ্ট্যাল ও পশ্চাতে দুইটী প্যারাইট্যাল অস্থি, মধ্যস্থিত সংযোজক স্থলকে "করোনার সুচার" কহে; ইহা স্ফিনয়েড অস্থির এক পার্শ্বের বৃহৎ "উইঙ্গ" হইতে অপর পার্শ্বের বৃহৎ "উইঙ্গ" পর্য্যন্ত বিস্তৃত। প্যারাইট্যাল অস্থিদ্বয় ও অকসিপিট্যাল অস্থির সংযোগস্থলকে "ল্যাম্বডয়াইডাল সুচার" বলা যায়। "সেজিট্যাল সুচার," প্যারাইট্যাল অস্থিদ্বয়ের মধ্যে সংস্থিত। শৈশবে ফ্রণ্ট্যাল অস্থি দুইভাগে বিভক্ত থাকে; ইহাদিগের সংযোজক সুচারকে "ফ্রণ্ট্যাল সুচার" কহে।

ফণ্টিনেলিস।—ফণ্টিনেলিস দুইটী,—"এণ্টিরিয়র" বা সম্মুখ ও "পোষ্টিরিয়র" বা পশ্চাৎ। ফণ্টিনেলিসগুলি অস্থিসমূহের ব্যবধান-স্থল; এইগুলি সুচার্সের সংযোজনা হইবার পূর্ব্বে মেম্ব্রেণ দ্বারা আচ্ছাদিত থাকে। সম্মুখ ফণ্টিনেলি দেখিতে চতুষ্কোণ; ইহা করোনার, সেজিট্যাল ও ফ্রণ্ট্যাল সুচারগুলির সংযোগস্থলে সংস্থিত। পশ্চাৎ ফণ্টিনেলি ত্রিকোণাকার; এইস্থলে সেজিট্যাল ও ল্যাম্বডয়াইডাল সুচারদ্বয় সম্মিলিত হইয়াছে। বস্তিগহ্বরে ভ্রূণের আসন নিরূপণ করিতে হইলে সুচার ও ফণ্টিনেলিস সমূহের গতি, আকৃতি ও সংস্থিতি বিষয়ে সম্যক্ অভিজ্ঞতা লাভ করা আবশ্যক।

বস্তির ন্যায় ভ্রূণমস্তকের ব্যাসগুলিতে জ্ঞান থাকা একান্ত আবশ্যক। পরস্পরের সম্মুখবর্ত্তী বিন্দু হইতে এই সমস্ত ব্যাস মাপিতে হয়। প্রধান ব্যাসগুলি সন্নিবেশিত হইল:—

এণ্টেরোপোষ্টিরিয়র, বা সম্মুখপশ্চাৎ।

১ম। অকসিপিটো মেণ্ট্যাল ব্যাস, অকসিপট অস্থির বহিস্থ উৎসেধ হইতে চিবুকের মধ্যদেশ পর্য্যন্ত লম্বিত; ইহার দৈর্ঘ্য $5\frac{1}{2}$ হইতে $5\frac{3}{4}$ ইঞ্চ।

২য়। অক্সিপিটো-ফ্রণ্ট্যাল ব্যাস, অক্সিপটের বহিস্থ উৎসেধ হইতে ললাটের মধ্যস্থল পর্য্যন্ত লম্বিত ; দৈর্ঘ্য ৪½ হইতে ৫ ইঞ্চ।

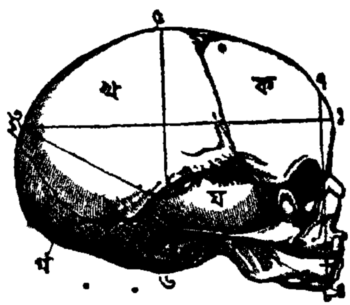
ভার্টিকেল বা উর্দ্ধাধঃ।

১ম। সাব অক্সিপিটো ব্রেগ্ম্যাটিক ব্যাস, ফোরামেন ম্যাগনামের কিনারা এবং অক্সিপিট্যাল উৎসেধ এই দুয়ের মধ্যবর্ত্তী একটীবিন্দু হইতে সম্মুখ ফন্টিনেলির মধ্যস্থল পর্য্যন্ত বিস্তৃত ; দৈর্ঘ্য ৩¾ ইঞ্চ।

২য়। সার্ভাইকো ব্রেগ্ম্যাটিক ব্যাস, ফোরামেন ম্যাগনামের সম্মুখ-কিনারা হইতে সম্মুখ ফণ্টিনেলির মধ্যস্থল পর্য্যন্ত বিস্তৃত, দৈর্ঘ্য ৩¾ ইঞ্চ।

৩য়। ফ্রণ্টোমেণ্ট্যাল ব্যাস, ললাটের উর্দ্ধসীমা হইতে চিবুকের মধ্যস্থল পর্য্যন্ত লম্বিত ; দৈর্ঘ্য ৩½ ইঞ্চ।

১৩শ চিত্র।



ভ্রূণমস্তকের ব্যাস সমূহ।

১-২ অক্সিপিটো-ফ্রণ্ট্যাল, ৩-৪ অক্সিপিটো মেণ্ট্যাল, ৫-৬ সার্ভাইকো ব্রেগ্ম্যাটিক ; ৭-৮ ফ্রণ্টো-মেণ্ট্যাল।

ক, ফ্রণ্ট্যাল বা সম্মুখাস্থি ; খ, দক্ষিণ প্যারাইট্যাল বা পার্শ্বাস্থি ; গ, অক্সিপিট্যাল বা পশ্চাদস্থি ; ঘ, দক্ষিণ টেম্পোর‍্যাল বা ললাটাস্থি।

ট্রান্সভার্য বা অনুপ্রস্থ।

১ম। বাইপ্যারাইট্যাল ব্যাস, প্যারাইট্যাল উৎসেধ দ্বয়ের মধ্যে লম্বিত : পরিমাণ ৩¾ হইতে ৪ ইঞ্চ।

২য়। বাই-টেম্পোর‍্যাল ব্যাস এক কর্ণ হইতে অপর কর্ণ পর্য্যন্ত বিস্তৃত ; পরিমাণ ৩¼ ইঞ্চ।

প্রসব-পথ দিয়া চালিত হইবার সময় ভ্রূণের মস্তক সঞ্চাপিত হওয়াতে কোন কোন ব্যাসের বৃদ্ধি এবং কোন কোনটীর হ্রাস হইয়া থাকে; তাহাতে ভ্রূণমস্তক তৎকালে প্রসব-পথের উপযোগী হইয়া পড়ে। সচরাচর পুংভ্রূণের মস্তক অপেক্ষাকৃত কঠিন ও বৃহৎ, এইজন্য পুংভ্রূণের নিঃসারণে তাহার ও মাতার অধিক বিপদ হইবার সম্ভাবনা। পুংভ্রূণ-মস্তকের পরিধি গড়ে আধ ইঞ্চ বেশি।

পঞ্চম অধ্যায়।

সসত্ত্ব-অবস্থা।

সসত্ত্ব জরায়ুর ক্রমস্ফুরণ।—জরায়ুর নির্ম্মাণ-উপাদানের মধ্যে বহুসংখ্যক পৈশিক তন্তু ও অঙ্কুরক দেখিতে পাওয়া যায; গর্ভাবস্থায় তৎসমুদায় উত্তেজিত হইয়া বর্দ্ধিত ও পরিস্ফুরিত হইয়া থাকে; ওভাম অনুপ্রাণিত হইয়া, যেমন ক্রমে ক্রমে বর্দ্ধিত ও পূর্ণ ভ্রূণে পরিণত হইতে থাকে, তৎসঙ্গে জরায়ুও পরিস্ফুরিত হইয়া বর্দ্ধিতায়তন হয়। কৌমার জরায়ু দীর্ঘে ২½ ইঞ্চ, ইহার গুরুত্ব ৯।১০ ড্রাম, কিন্তু গর্ভ পূর্ণতাপ্রাপ্ত হইলে ইহার দৈর্ঘ্য প্রায় ১২ ইঞ্চ এবং গুরুত্ব ১½ পৌণ্ড পর্যান্ত বাড়িয়া থাকে। জরায়ুর আয়তন প্রধানতঃ পৈশিক সংচ্ছদের বিবৃদ্ধিতে বর্দ্ধিত হয়, তৎসঙ্গে ইহার পেরিটোনিয়াল আচ্ছাদন সমভাবে বৃদ্ধি পাইতে থাকে, এবং ইহার শ্লৈষ্মিক সংচ্ছদ ডেসিডুয়াতে পরিস্ফুরিত হইয়া, ইহার প্রাচীরের স্থূলত্ব বর্দ্ধনে সাহায্য করে। জরায়ুর পৈশিক সংচ্ছদ বাহ্যস্তর, মধ্যস্তর, এবং অন্তঃস্তর এই তিনটী স্তরে বিভক্ত; সসত্ত্বাবস্থায় এই সমস্ত স্তর অধিক বিস্পষ্ট হইয়া থাকে। অসত্ত্বজরায়ুর বর্ণনকালে এতৎসম্বন্ধে আবশ্যকমত সমস্ত কথা বলা হইয়াছে (১); সসত্ত্ব অবস্থায় জরায়ুর পৈশিক তন্তুসমূহের দৈর্ঘ্য ৭ হইতে ১১গুণ এবং ইহাদের স্থূলত্ব দ্বিগুণ হইতে পাঁচগুণ পর্য্যন্ত বর্দ্ধিত হয়। ডাক্তার কলিকারের সন্দর্শনানুসারে গর্ভের ষষ্ঠমাস পর্য্যন্ত পৈশিক তন্তুর পরিবর্ত্তন হয়; তাহার পর জরায়ুতে ক্ষুদ্রায়তন তন্তু আর থাকে না, কেবল বৃহদায়তন তন্তুরই সংস্থান দেখিতে পাওয়া যায়। পৈশিক তন্তুর বিবৃদ্ধির সহিত ইহাদের সংযোজক তন্তু সমূহ অধিক পরিমাণে বর্দ্ধিত হইয়া থাকে।

---

(১) ৩০ পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য।

সেই সঙ্গে পেরিটোনিয়মের নিম্নে ফাইব্রাস টিস্থ উৎপাদিত ও বর্দ্ধিত হয়। এই সকল তন্তুর বিবর্দ্ধনে প্রসবকালে জরায়ুর বিচ্ছিন্ন হইবার সম্ভাবনা কমিয়া যায়। এই সময়ে রক্ত ও লসিকা নালী, এবং স্নায়ু সকলেরও বৃদ্ধি হইয়া থাকে। কেহ কেহ বিবেচনা করেন যে, স্নায়ু সকল লম্বায়তন হয়, কিন্তু ইহাদের প্রকৃত উপাদান বর্দ্ধিত হয় না। এস্থলে এই মাত্র বলা যাইতে পারে যে, জরায়ুর অন্যান্য উপাদানের বৃদ্ধির সহিত ইহার স্নায়ু-সমূহেরও প্রকৃত বর্দ্ধন অসম্ভব নহে।

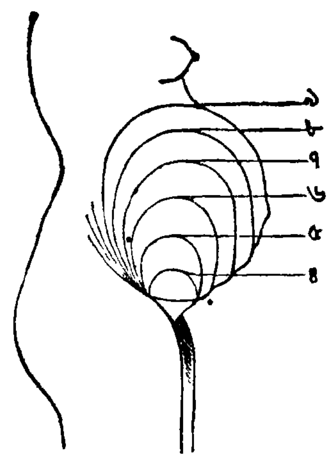
সমস্ত জরায়ুর বিস্ফারণের সহিত ইহার উপাদান নিচয়ের এত অধিক "হাইপার্ট্রোফি" হয় যে, পূর্ণ গর্ভেও জরায়ুপ্রাচীরের স্থূলতা সচরাচর অসত্ত্বাবস্থার ন্যায় হইতে দেখা যায়। জরায়ুপ্রাচীর সকল স্থলে সমান পুরু নহে; যে স্থলে প্ল্যাসেণ্টা সংসক্ত থাকে, তত্রত্য স্থূলতা অপেক্ষাকৃত অধিক; জরায়ু-গ্রীবার নিকটে তাহা কম। কাহার কাহার জরায়ু আবার এত পাতলা যে, "প্যাল্পেশন" দ্বারা শিশুর অঙ্গ প্রত্যঙ্গ সহজে স্পষ্টরূপে বুঝিতে পারা যায়। জরায়ুপ্রাচীরের বর্দ্ধিত বিস্ফারণের সহিত ইহার দৃঢ়তা অধিক বা অল্প পরিমাণে কমিয়া আইসে। তাহাতে প্রাচীরের কাঠিন্য অপগত হয়; ইহার উপর সামান্য চাপ প্রদান করিলেই ইহা কোমল ও নমনীয় বলিয়া অনুভূত হইয়া থাকে এবং শিশুর পরিসর্পণে জরায়ুপ্রাচীরের কোনরূপ ক্ষতি হইতে পায় না। জরায়ুগ্রীবায়ও এই কোমলতা পরিলক্ষিত হয়। গ্রীবা যে প্রণালীতে কোমল হইয়া পড়ে; তাহা অতি বিচিত্র;—প্রথমে জরায়ুমুখ কোমলত্ব ধারণ করে, ক্রমে কোমলতা ঊর্দ্ধভাগে বিস্তৃত হইতে থাকে, এবং পরিশেষে সমগ্র সার্ভিক্স কোমল ও নমনীয় হইয়া পড়ে। গর্ভের তৃতীয় চতুর্থ মাসে অসের সম্মুখ পশ্চাৎ উভয় ওষ্ঠই কোমল ও পুরু থাকে; অষ্টম মাসে এই কোমলত্ব গ্রীবার সর্ব্বত্র ব্যাপ্ত হইয়া পড়ে, তখন সার্ভিক্স এত কোমল হইয়া থাকে যে, ইহার অভ্যন্তরে একটী অঙ্গুলি অনায়াসে প্রবেশিত করিতে পারা যায়। প্রথম গর্ভিণীদের গ্রীবানালী স্বভাবতঃ আবদ্ধ থাকে। এরূপ অবস্থাতেও অনেক সময় তন্মধ্যে অঙ্গুলি প্রবেশিত হইতে পারে। গ্রীবা কোমল হওয়াতে ইহার দৈর্ঘ্য কমিয়া যায় বলিয়া বোধ হয়। প্রধানতঃ এই কারণেই বোধ হয় প্রাচীন চিকিৎসকগণ, গর্ভাবস্থায় সার্ভিক্সের

দৈর্ঘ্য কমিয়া যায় বলিয়া বর্ণন করিয়াছেন। কিন্তু বাস্তবিক, তাহার হ্রাস হয় না। সার্ভিক্সের কোমলতা প্রযুক্ত তাহা খর্ব্বাকৃতি বলিয়া বোধ হইয়া থাকে; তবে গর্ভের শেষ দুই সপ্তাহ কালে প্রসবের পূর্ব্ব লক্ষণ বিকশিত হইলে এবং জরায়ুর মৃদু ও অনায়াস সঙ্কোচনে ইহার দ্রাঘিষ্ঠ আয়তন কমিতে আরম্ভ করিলে, গ্রীবানালী খর্ব্ব হইয়া আইসে।

সসত্ত্বাবস্থায় জরায়ুর পরিবর্দ্ধন একটী নির্দ্দিষ্ট নিয়মানুসারে হইয়া থাকে। প্রথম দুই তিন মাসে জরায়ুর পার্শ্বিক পরিবৃদ্ধি হয়, তাহাতে-ইহা অল্প চেপ্টা হইয়া পড়ে। এবডোমেন-গহ্বরে উত্থিত হইয়া জরায়ু ঊর্দ্ধাধোভাবে বর্দ্ধিত হইয়া থাকে; তখন ইহা ডিম্বাকারে পরিণত হয় এবং ইহার গোল ও মোটা অংশ ঊর্দ্ধে এবং সরু ভাগ নিম্নভাগে থাকে। তখনও ইহার পশ্চাদ্ভাগ কিয়ৎপরিমাণে চেপ্টা দেখা যায়। ইহার পশ্চাতে সেক্রম ও কশেরুকা স্তম্ভ থাকাতে এই চেপ্টাভাব উৎপাদিত হয়। গর্ভের শেষ দুই সপ্তাহে জরায়ুর অনায়াস সঙ্কোচনে ইহার ঊর্দ্ধাধো দ্রাঘিষ্ঠ আয়তন কমিয়া যায়। সসত্ত্ব জরায়ু যতদিন না এব্‌ডোমেন-গহ্বরে উত্থিত হয়, ততদিন এব্‌ডোমেনের আয়তন বর্দ্ধিত হয় না, বরঞ্চ গর্ভাধানের দুই তিন মাসে জরায়ু নিজ ভারে বস্তিকোটরে নামিয়া পড়াতে সার্ভিক্স নামিয়া আইসে; তাহাতে এব্‌ডোমেন-প্রাচীর পূর্ব্বাপেক্ষা চেপ্টা হয়, এবং নাভিস্থল অধিকতর বসিয়া পড়ে। ক্রমে জরায়ুর আয়তন বর্দ্ধিত হইলে ইহার ফণ্ডাস এব্‌ডোমেন-গহ্বরে উপনীত হয়; তাহাতে এব্‌ডোমেনেরও আয়তন বাড়িতে থাকে; বিবর্দ্ধমান জরায়ু যত ঊর্দ্ধগামী হয়, সার্ভিক্সও তত ঊর্দ্ধে উঠিতে থাকে। কোন কোন স্থলে সার্ভিক্স এত ঊর্দ্ধে উত্থিত হয় যে, অঙ্গুলি দ্বারা তাহাকে সহজে স্পর্শ করা যায় না। তৃতীয় মাসের মধ্যভাগে,—কখন কখন চতুর্থ মাসের প্রারম্ভে জরায়ুর ফণ্ডাসকে সিম্ফিসিস্ পিউবিসের ঊর্দ্ধে উঠিতে দেখা যায়। জরায়ু যখন এব্‌ডোমেন-প্রাচীরের সহিত সংসক্ত হয়, তখন গর্ভিণী ভ্রূণের পরিসর্পণ সর্ব্ব প্রথম স্পষ্ট অনুভব করেন;—এই প্রথম অনুভূতিকে "কুইক্‌নিং" কহে। চতুর্থ মাসের শেষভাগে ফণ্ডাস সিম্ফি-সিসের প্রায় তিন অঙ্গুলি ঊর্দ্ধে উত্থিত হইয়া থাকে। পঞ্চম মাসে ফণ্ডাস নাভি ও পিউবিসের মধ্যস্থলে উপনীত হয়; ষষ্ঠ মাসে ইহা নাভিস্থল পর্য্যন্ত

উঠিয়া থাকে। সপ্তম মাসে ইহা নাভিস্থলের প্রায় দুই ইঞ্চ উর্দ্ধে উত্থিত হয়; এই সময়ে আভ্যন্তরীণ চাপে নাভিস্থলের স্বাভাবিক গভীরতা অপনীত হওয়াতে তাহা উন্নত হইয়া উঠে। অষ্টম ও নবম মাসে জরায়ু উত্তরোত্তর আরও বর্দ্ধিত হইতে থাকে; এবং ক্রমে ইহার উর্দ্ধসীমা এন্‌সিফর্ম্ম কার্টি-লেজের ঠিক সমতলে আইসে। পরে গর্ভের শেষ দুই এক সপ্তাহ কালে জননেন্দ্রিয় সম্বন্ধীয় কোমলতন্তু সমূহের শিথিলতা প্রযুক্ত জরায়ু বস্তিগহ্বরে নামিতে থাকে, তাহাতে এব্‌ডোমেনের আয়তন কমিয়া আইসে। গর্ভের ভিন্ন ভিন্ন কালে জরায়ু-আয়তনের যে সমস্ত পরিবর্ত্তন হইয়া থাকে, তাহাতে অভিজ্ঞতা থাকিলে গর্ভের মাপ পরিমাণ ও প্রসবের সম্ভাব্য সময় অনেক পরিমাণে স্থির করিতে পারা যায়।

৩৮শ চিত্র।



সগর্ভ জরায়ুর ক্রমস্ফুরণ।

সগর্ভ জরায়ু যতদিন বস্তিগহ্বরে থাকে, ততদিন ইহার স্থিতিস্থল কিয়ৎ-পরিমাণে নিকটস্থ যন্ত্রসমুদায়ের অবস্থার উপর নির্ভর করে; মূত্রাশয় পরিপূর্ণ থাকিলে ইহা পশ্চাতে রেক্‌টমের অভিমুখে চালিত হয়; সেইরূপ আবার রেক্-টম মলপূর্ণ থাকিলে ইহাকে সম্মুখে মূত্রাশয়ের দিকে চালিত করে। জরায়ু

এব্‌ডোমেন গহ্বরে উত্থিত হইলে ইহার স্থিতিস্থল প্রধানতঃ এব্‌ডোমেন-প্রাচীরের অবস্থার উপর নির্ভর করে, তৎকালে ইহা স্বভাবতঃ সম্মুখভাগে হেলিয়া পড়ে। এব্‌ডোমেন-প্রাচীর দ্বারা সম্যক্ অবলম্বন পাইলে, দণ্ডায়মান অবস্থায়, জরায়ুর অক্ষ বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারের অক্ষের সহিত একরেখান্বিত থাকে, কিন্তু অনেক স্থলে এব্‌ডোমেন-প্রাচীর ইহাকে পশ্চাদ্ভাগে সম্যক্‌রূপে ঠেলিয়া রাখিতে পারে না, তাহাতে প্রায়ই জরায়ুর "এণ্টি-ভার্ষাণ" বা সম্মুখাবনমন অধিক পরিমাণে হইয়া থাকে, এবং জরায়ুকে স্বাভাবিক অবস্থায় রাখিবার নিমিত্ত পটবন্ধনী আবশ্যক হয়। গর্ভিণী উত্তানভাবে শায়িত থাকিলে গুরুত্ব বশতঃ জরায়ু পশ্চাদ্ভাগে চালিত হয়, তখন জরায়ুর অক্ষ দেহের ঊর্দ্ধাধঃ অক্ষের সহিত একরেখান্বিত হইয়া থাকে।

সসত্ব জরায়ু অনেক স্থলে এব্‌ডোমেন-গহ্বরের ঠিক মধ্যভাগে না থাকিয়া ইহার বাম বা দক্ষিণ দিকে হেলিয়া পড়ে। বাম দিক অপেক্ষা দক্ষিণ দিকে ইহার অবনত হইবার অধিক সম্ভাবনা। রেকটম বাম দিকে সংস্থিত, ইহা মলপূর্ণ হইলে জরায়ুকে দক্ষিণ দিকে ঠেলিয়া রাখে। স্ত্রীলোকেরা নিদ্রাকালে অনেক সময় দক্ষিণ পার্শ্বে শয়ন করিয়া থাকেন, পাদচারণ-কালে তাঁহাদের দক্ষিণ অঙ্গের অধিকতর সঞ্চালন হয়, এবং দক্ষিণ রৌণ্ড লিগেমেণ্ট স্বভাবতঃ কিঞ্চিৎ ছোট ;—এই সকল বিষয় গর্ভাবস্থার জরায়ুর দক্ষিণ-পার্শ্বাবনতির কারণ বলিয়া নির্দ্দিষ্ট হইয়া থাকে।

সসত্ব জরায়ুর চাপে বস্তি, এব্‌ডোমেন, ও থোরাক্স-গহ্বরস্থিত যন্ত্রসমুদায়ের অল্প বা অধিক পরিমাণে কার্য্যবিকার হইয়া থাকে। গর্ভের দ্বিতীয় ও তৃতীয় মাসে বস্তিগহ্বরে জরায়ুর অবস্থিতি কালে ইহার চাপে নিম্ন অন্ত্রের মলরোধ ও মূত্রাশয়ের উত্তেজনা প্রভৃতি পীড়া সঞ্জাত হয়। বিবর্দ্ধমান জরায়ু এব্‌ডোমেন-গহ্বরে উত্থিত হইলে প্রথমে মলরোধ, উদরাময় ও অজীর্ণতা প্রভৃতি রোগ অল্প বা অধিক পরিমাণে উৎপাদন করে ; পরে ইহার চাপ ডায়াফ্রাম দ্বারা থোরাক্স-গহ্বরে ন্যস্ত হইলে গর্ভিণীর পূর্ণশ্বাস গ্রহণে ব্যাঘাত জন্মে এবং শোণিত-সঞ্চালন-প্রণালীরও কার্য্যবিকার ঘটিয়া থাকে। কিন্তু গর্ভের শেষ দুই এক সপ্তাহ পূর্ব্ব হইতে জননেন্দ্রিয় সংক্রান্ত কোমল টিস্থ সমূহ শিথিল হওয়াতে জরায়ু ক্রমে ক্রমে নামিতে থাকে। ইহাতে

থোরাক্স গহ্বরস্থ ও এব্‌ডোমেনের উপরি প্রদেশে ন্যস্ত চাপ কমিয়া আইসে; বস্তিগহ্বরস্থ যন্ত্রসমুদায়ের উপব জবায়ুর চাপ বর্দ্ধিত হয়, এবং চাপোন্মুক্ত ফুসফুস, পাকস্থলী, যকৃৎ, প্যান্‌ক্রিয়স ও অন্ত্রমণ্ডলেব কার্য্যবিকার অনেক পবিমাণে বিদূরিত হয় ও পূর্ব্বাপেক্ষা তাহাদেব কার্য্যের উৎকর্ষ সাধিত হইয়া থাকে। ফুসফুস ও হৃৎপিণ্ডেব বিরুদ্ধে চাপ কমিয়া যাওয়াতে নিশ্বাস প্রশ্বাস গভীর ও পূর্ণভাবে হইতে থাকে; শোণিত-সঞ্চালন-প্রণালীব আবদ্ধভাব কিয়ৎপরিমাণে বিদূরিত হয়; দেহ লঘু বোধ হইতে থাকে; পূর্ব্বাপেক্ষা সহজে চলিবার ফিবিবাব ক্ষমতা হয়; পূর্ব্বের ন্যায় অল্পে ক্লান্তিবোধ হয় না; জীবন অপেক্ষাকৃত নবীভূত হইয়া উঠে। কিন্তু এদিকে বস্তি-গহ্বরের উপর চাপ প্রদত্ত হওয়াতে তত্রত্য যন্ত্রসমুদায়েব কার্য্যবিকার বৃদ্ধি পাইতে থাকে; তাহাতে গর্ভের দ্বিতীয় ও তৃতীয় মাসেব কতকগুলি যন্ত্রণা পুনরুত্তেজিত হইয়া উঠে।

গর্ভজনিত উল্লিখিত অবস্থান্তবেব সহিত দেহেব অন্যান্য পবিবর্ত্তন সংঘটিত হয়। স্নায়বিক কার্য্যবিকাব, প্রাতর্বমন, লালানিঃসরণের বিবৃদ্ধি প্রভৃতি কতকগুলি কষ্টকব অবস্থা প্রায়ই সঞ্জাত হইয়া থাকে। এই সকল অবস্থান্তব গুরুতব হইলে পীড়া বলিয়া পবিগণিত হয়। গর্ভেব লক্ষণাবলী এবং গর্ভজনিত পীড়া বর্ণনকালে এই সমস্ত অবস্থান্তবেব বিষয় বিশেষ করিয়া লিখিত হইবে। তবে গর্ভজনিত দেহেব সাধাবণ অবস্থাব পবিবর্ত্তন সম্বন্ধে এই স্থলে গুটিকত কথা বলা আবশ্যক। এই সময়ে শোণিত "এনিমিক ও হাইড্রমিক" হইয়া পড়ে,—ইহার জলীয় অংশ বৃদ্ধি পায়; তখন সমুদায় এল্‌বুমেন ও লালকণিকা কমিয়া আইসে; শ্বেত কণিকা, ফাইব্রিণ ও নিষ্কাশ্য পদার্থের পবিমাণ বর্দ্ধিত হইয়া উঠে। ডাক্তাব টর্ণিয়ারের সন্দর্শানুসারে গর্ভাবস্থায় শরীবস্থ সমুদায় যন্ত্রেব অল্প বা অধিক পরিমাণে অপজনন হইয়া থাকে। গর্ভাবস্থায় হৃৎপিণ্ডেব কার্য্যবিবৃদ্ধি বশতঃ ইহার বাম ভেণ্ট্রিকেলে "হাইপার্ট্রোফি" সংঘটিত হয় এবং নাড়ীর আয়তন ও বাধপ্রবণতা বাড়িয়া উঠে। প্রসবান্তে হৃৎপিণ্ডের এই হাইপার্ট্রোফি কমিতে থাকে; স্তন হইতে যতদিন প্রচুর পরিমাণে দুগ্ধ নিঃসৃত হয়, ততদিন হৃৎপিণ্ডের বিবর্দ্ধিত অবস্থা সম্পূর্ণ বিদূরিত হয না; দুগ্ধনিঃসরণ কমিয়া আসিলে হৃৎ-

পিণ্ডের আয়তন ও বল স্বাভাবিক হইয়া আইসে। ঘন ঘন গর্ভাধান ও তৎসঙ্গে স্তনের কার্য্যবৃদ্ধি বশতঃ হৃৎপিণ্ডের বামপার্শ্বে অল্প পরিমাণে "হাই-পার্ট্রোফি" স্থায়ী হইবার সম্ভাবনা। ধমনীর বাধপ্রবণতার বৃদ্ধিতে প্রস্রাবের পরিমাণ বৃদ্ধি পায়; অনেক স্থলে মূত্রে অতি সামান্ত পরিমাণে এল্‌বুমেন দেখা যায়। গর্ভের শেষভাগে স্তনদুগ্ধ দেহে শোষিত হওয়াতে মূত্রে কখন কখন শর্করা দৃষ্ট হইয়া থাকে। প্রসবান্তে ও স্তন্য অবস্থাতেও মূত্রে প্রায়ই শর্করা বিদ্যমান থাকে।

কেহ কেহ বলেন, গর্ভাবস্থায় যকৃৎ, প্লীহা ও লসিকা গ্রন্থি সমুদায়ও বর্দ্ধিত হয়। প্রথম তিন মাস কাল দেহের ভার প্রায়ই কমিয়া আইসে; তাহার পর তাহা অগর্ভাবস্থা অপেক্ষা বাড়িতে থাকে। তখন কেবল সসত্ত্ব জরায়ুর বৃদ্ধিতে দেহের এই গুরুত্ব বৃদ্ধি পায় না; কেননা বর্দ্ধিত জরায়ুর গুরুত্ব অপেক্ষা দেহের গুরুত্ব বাড়িয়া থাকে।

"অষ্টিওফাইটস্" একপ্রকার পাতলা অস্থিময় পদার্থ, সময়ে সময়ে ক্রেনিয়ম অস্থি সমূহের অভ্যন্তর ভাগে ইহাদের সমাবেশ দেখিতে পাওয়া যায়। কেহ কেহ বিবেচনা করেন যে, গর্ভাবস্থায় এই সমস্ত পদার্থ স্বভাবতঃ উৎপন্ন হইয়া থাকে।

ষষ্ঠ অধ্যায়।

গর্ভের চিহ্ন ও লক্ষণাবলী।

গর্ভের চিহ্ন ও লক্ষণাবলী সাধারণতঃ দুইভাগে বিভক্ত হইয়াথাকে ;—১ম,—সাব্‌জেক্টিভ বা আধিকারণিক এবং ২য়,—অব্‌জেক্টিভ বা বৈষয়িক লক্ষণ। গর্ভসূচক যে সকল লক্ষণ গর্ভিণী স্বয়ং জানিতে বা অনুভব করিতে পারেন, তিনি নিজে বর্ণন না করিলে অপর কেহ যাহা জানিতে পারে না, তৎসমুদায়কে আধিকারণিক লক্ষণ বলা যায়। যে স্থলে গর্ভিণী প্রকৃত অবস্থা অতিরঞ্জিত করিয়া বলেন, অথবা তাহা প্রকাশ করিতে নিজে অনিচ্ছুক, সে স্থলে চিকিৎসক এই সকল লক্ষণ দ্বারা বিশেষ সাহায্য পান না। যে সকল লক্ষণ চিকিৎসকের বিষয়গ্রাহ্য, অর্থাৎ তিনি দর্শন, শ্রবণ, স্পর্শন, অথবা যন্ত্রাদির দ্বারা পরীক্ষা করিয়া যাহা অবগত হয়েন, তৎসমুদায়কে অব্‌জেক্টিভ বা বৈষয়িক লক্ষণ বলা যায়। বৈষয়িক লক্ষণাবলীর উপর চিকিৎসককে অধিক পরিমাণে নির্ভর করিতে হয়। কিন্তু লক্ষণাবলীর এরূপ শ্রেণীবিভাগ ঠিক সুসিদ্ধ নহে ; কেননা কতকগুলি লক্ষণ আধিকরণিক ও বৈষয়িক উভয়ই হইতে পারে। তৎসমুদায়কে নির্ণায়ক বা ডায়েগনষ্টিক এবং সমর্থক বা করোবরেটিভ,—এই শ্রেণীদ্বয়ে বিভাগ করিলে গর্ভনির্ণয়ে বিশেষ সাহায্য পাওয়া যায়। এই সমস্ত গর্ভসূচক লক্ষণাবলী যে ক্রমানুসারে উৎপাদিত ও পরিস্ফুট হইয়া থাকে, এস্থলে তদনুসারেই সন্নিবেশিত করিতে চেষ্টা করা গেল।

ঋতুরোধ।—গর্ভসঞ্চার হইলে ঋতু বন্ধ হইয়া থাকে। এইজন্য, যে স্ত্রীলোকের নিয়মিত ঋতু হইতেছিল, সংসর্গের পর যদি তাহা বন্ধ হইয়া পড়ে, তাহা হইলে তাঁহার গর্ভ হইয়াছে বলিয়া অনুমান করিতে পারা যায়। কিন্তু কোন কোন স্ত্রীলোককে প্রকৃত গর্ভসঞ্চারের পরও ক্রমাগত তিন চারি

মাস ধরিয়া নিয়মিতরূপে রজস্বলা হইতে দেখা যায়। ডেসিডুয়া ভেরা ও ডেসিডুয়া রিফেক্সা তিন মাসের পর নহিলে একত্র মিলিত হয় না। ইহারা একত্র মিলিত হইয়া যতদিন না জরায়ু গহ্বরকে পরিপূরিত করে, ততদিন জরায়ু-প্রাচীর হইতে নিয়মিতরূপে শোণিত নিঃসৃত হইতে পারে। ইহার পর জরায়ু-গহ্বরের অভ্যন্তর হইতে রজঃস্রাব অসম্ভব। প্রথম তিন মাসের পর জরায়ু-প্রাচীর হইতে শোণিতস্রাব হইলে প্রায়ই ঘোর বিঘ্ন জন্মাইয়া থাকে। কিন্তু পার্কে্ক্ট, চার্চ্চহিল প্রভৃতি বহুদর্শী চিকিৎসকগণ কয়েকটী গর্ভিণীকে সমস্ত গর্ভকাল ধরিয়া মাসে মাসে ঋতুমতী হইতে দেখিয়াছিলেন। গর্ভাবস্থায় এরূপ নিয়মিতরূপে শোণিতস্রাব হওয়া অতি বিরল এবং ইহার প্রকৃত কারণ নির্দ্দেশ করাও বড় কঠিন। তবে এস্থলে এই মাত্র বলা যাইতে পারে যে, গর্ভসঞ্চারের তিন মাস পরে যে শোণিত নির্গত হয়, সম্ভবতঃ তাহা ঋতু-শোণিত নহে; হয়ত তাহা জরায়ুর গ্রীবানালীস্থ অথবা জরায়ুমুখের পলিপাস ও ক্ষত প্রভৃতি পীড়া হইতে উদ্ভূত। প্ল্যাসেণ্টা প্রীভিয়া হইলেও এরূপ শোণিত নিঃসৃত হইতে পারে।

গর্ভসঞ্চার না হইয়াও শৈত্যস্পর্শ, সাধারণ দৌর্ব্বল্য, মানসিক উদ্বেগ ও অন্যান্য কারণেও ঋতুবন্ধ হইবার সম্ভাবনা; যক্ষ্মাকাশের প্রারম্ভে দৌর্ব্বল্য-বশতঃ প্রায়ই ঋতুবন্ধ হইয়া থাকে। মানসিক উদ্বেগ বা উত্তেজনায় প্রায়ই ঋতু বন্ধ হইতে দেখা যায়। কোন কোন স্ত্রীলোক সসত্বা না হইলেও আপনাকে সসত্বা ভাবিয়া আশঙ্কায় উদ্বিগ্ন হইলে কয়েক মাস তাহার ঋতুরোধ হইতে পারে। আবার কেহ বা গর্ভের নিমিত্ত নিতান্ত আগ্রহান্বিত হইলেও কখন কখন কিয়ৎকালের জন্য তাহার ঋতু বন্ধ হইতে দেখা যায়।

পূর্ব্বে লিখিত হইয়াছে ওভেরি হইতে ওভাম নির্গমনকালে ঋতু হইয়া থাকে। এইজন্য ঋতুকে ওভাম-নির্গমনের অন্যতম লক্ষণ বলা যাইতে পারে। সময়ে সময়ে ঋতু না হইয়াও অণ্ডোদ্গম বশতঃ গর্ভাধান হইতে দেখা যায়। এই কারণেই কোন কোন স্ত্রীলোক প্রসবান্তে স্তন্যদানাবস্থায় ঋতুমতী না হইয়াই গর্ভবতী হইয়া থাকে। কোন কোন অঙ্গনাকে প্রথম ঋতুমতী হইবার পূর্ব্বেও গর্ভধারণ করিতে দেখা যায়।

মর্ণিং সিক্‌নেস বা প্রভাত বমন।—গর্ভাবস্থায় সাহানুভূতিক কারণে গর্ভিণীর দেহে কতকগুলি যন্ত্রণাময় লক্ষণ উদ্ভাবিত হইয়া থাকে। তন্মধ্যে বমনেচ্ছা ও বমন গর্ভিণীকে অধিক প্রপীড়িত করিয়া তুলে। সচরাচর এই সকল লক্ষণ প্রাতঃকালে শয্যা হইতে উঠিবার পরই প্রকাশ পায় বলিয়া ইহাদিগকে প্রভাতবমন বলা যায়। প্রভাতবমন প্রায়ই গর্ভের দ্বিতীয় মাসে প্রকাশ পাইয়া থাকে। কিন্তু কোন কোন স্থলে গর্ভসঞ্চারের কিয়দ্দিবস পরেই ইহা গর্ভিণীকে প্রপীড়িত করিতে আরম্ভ করে। উদ্বান্ত পদার্থে অল্প বা অধিক পরিমাণে শ্লেষ্মা মিশ্রিত থাকে; ভুক্ত দ্রব্য না উঠিয়া কখন কখন কেবল তরল শ্লৈষ্মিক পদার্থ উঠিতে দেখা যায়। কোন কোন স্থলে একবার বমনের পর সে দিবস আর বমন হয় না; বমনের পর গর্ভিণীর বেশ ক্ষুধা হয় এবং তিনি নিয়মিত আহার করিতে পারেন। চারি মাস গর্ভের পর মর্ণিং সিক্‌নেস প্রায়ই আপনা হইতেই থামিয়া যায়; কিন্তু কোন কোন স্থলে ইহা পূর্ণগর্ভ পর্যান্ত গর্ভিণীকে প্রপীড়িত করিতে থাকে। কখন কখন মর্ণিং সিক্‌নেস এত প্রবল হইয়া উঠে যে, আহার উদরস্থ হইতে না হইতেই উঠিয়া যায়; রোগিনী জীর্ণ শীর্ণ হইয়া পড়েন; কোন ঔষধাদি প্রয়োগেই তাঁহার বমন প্রশমিত হয় না। সেরূপ অবস্থায় কোন কোন স্থলে গর্ভস্রাব বা অকাল প্রসব দ্বারা গর্ভ নষ্ট না করিলে তাঁহার জীবন সঙ্কটাপন্ন হইয়া পড়ে। এই সকল বিষয় যথাস্থানে আলোচিত হইবে।

গর্ভাবস্থায় অজীর্ণতা, কোষ্ঠরোধ, উদরাময়, আমাশয় প্রভৃতি পীড়া হইতে দেখা যায়। পাকস্থলীর সহিত জঘন্য দ্রব্যাদি সেবন করিতে কোন কোন গর্ভিণীর লালসা হইয়া থাকে; অন্য সময়ে যে সকল দ্রব্য স্পর্শ করিতেও হয়ত তাঁহার ঘৃণা হইত, সেই সমস্ত দ্রব্য ভক্ষণ করিবার জন্য তিনি লোলুপ হইয়া পড়েন। গর্ভাবস্থায় আভ্যন্তরীণ চাপে জরায়ু বিস্ফারিত হয়; তাহাতে স্নায়ু সমূহ বিস্তারিত ও উত্তেজিত হইয়া উঠে। এই উত্তেজনা মর্ণিং সিক্‌নেস এবং অন্যান্য সাহানুভূতিক লক্ষণের কারণ বলিয়া নির্দ্দিষ্ট হইতে পারে। কিন্তু প্রভাত বমনের কারণ নির্দ্দেশে কেহ কেহ অন্যান্য মত প্রকাশ করিয়া থাকেন। ডাক্তার হিয়ুইট বলেন যে, গর্ভপ্রযুক্ত জরায়ুর

কোনস্থলে কেশাম হইলে, তত্রত্য স্নায়ু সকল উত্তেজিত হওয়াতে বমনোদ্রেক হইয়া থাকে। ডাক্তার বেনেট বিবেচনা করেন যে, মর্ণিং সিক্‌নেস নিতান্ত উৎকট হইয়া পড়িলে তৎসঙ্গে সার্ভিক্স ইউটিরাইয়ের রক্তাধিক্য ও প্রদাহ ভাব বিদ্যমান থাকিতে দেখা যায়। এই সকল পীড়িত অবস্থা হইতে যে, স্নায়বিক উত্তেজনা বৃদ্ধি পায়, তদ্বিষয়ে সন্দেহ নাই। কিন্তু এই সকল কারণ অবিদ্যমানেও অনেক সময়ে গর্ভের সাহানুভূতিক লক্ষণাবলী প্রচুর পরিমাণে প্রস্ফুটিত হইয়া থাকে। ডাক্তার বার্ণস্ বলেন, গর্ভাবস্থায় স্নায়ুকেন্দ্রসমূহ অতিশয় উত্তেজিত অবস্থায় থাকে, তাহাব উপর আবার শারীরিক বা মানসিক উত্তেজনায় সেই উত্তেজিত কেন্দ্রসমূহ অধিকতর উত্তেজিত হইয়া উঠে; তাহাতে কন্‌ভল্‌শনের প্রক্রিয়া হইয়া বমন হইয়া থাকে। গর্ভাবস্থায় যে, স্নায়ুমণ্ডল ঘোরতর আলোড়িত হইয়া পড়ে, তদ্বিষয়ে আদৌ সন্দেহ হইতে পারে না; কিন্তু সেই উৎকট স্নায়ুবিপর্য্যয়ের কারণ অদ্যাবধি সম্যক্‌রূপে স্থিরীকৃত হয় নাই। মর্ণিং সিক্‌নেস যে স্থলে আদৌ না থাকে, সেস্থলে মূর্চ্ছা এমন কি সিঙ্কোপি প্রভৃতি কষ্টপ্রদ সাহানুভূতিক বিপর্য্যয় ও মস্তিষ্কের কার্য্যবৈলক্ষণ্যও হইতে দেখা যায়। দন্তের কোনরূপ পীড়া না হইলেও দন্তশূল, হৃৎপিণ্ডের আত্যন্তিক স্পন্দন ও নিউরেল্‌জিয়া বেদনা প্রায়ই সংঘটিত হইয়া থাকে। সেই সঙ্গে মানসিক বিকৃতিও হইতে পারে। যে স্ত্রীলোক স্বভাবতঃ অত্যন্ত ধীর ও শান্ত, গর্ভাবস্থায় তাঁহাকেও উদ্বিগ্ন ও বিচলিত হইতে দেখা যায়। আবার এরূপও দেখিতে পাওয়া যায় যে, যাহারা স্বভাবতঃ রুষ্ট ও কোপনস্বভাব, গর্ভাবস্থায় তাঁহারা শান্তপ্রকৃতি হইয়া থাকেন।

লালানিঃসরণ।—কোন কোন স্থলে লালানিঃসারক গ্ল্যাণ্ডগুলির কার্য্য বৃদ্ধি হওয়াতে লালা অধিক পরিমাণে নিঃসৃত হয়। সময়ে সময়ে লালার পরিমাণ এত বাড়িয়া উঠে যে, তাহা মুখবিবর হইতে অবিরত নিঃসৃত হইতে থাকে।

স্তনসংক্রান্ত পরিবর্ত্তন।—জননেন্দ্রিয়ের সহিত স্তনযুগলের সাতিশয় ঘনিষ্ঠ সাহানুভূতিক সম্বন্ধ থাকাতে সসত্ত্বাবস্থায় গর্ভিণীর ঐ দুইটী গ্ল্যাণ্ডে কতকগুলি পরিবর্ত্তন হইয়া থাকে। প্রসবান্তে শিশুকে স্তন্যদান করিবার নিমিত্তই প্রকৃতি যেন গর্ভিণীদের স্তনে এই সকল পরিবর্ত্তন করিয়া দেন।

গর্ভপ্রযুক্ত স্তনের পরিবর্ত্তন দ্বিতীয় মাসে আরম্ভ হয়। তৎকালে স্তনযুগলে অধিক পরিমাণে শোণিত সঞ্চালিত হইতে আরম্ভ করে; গর্ভিণী স্বীয় স্তন-দ্বয়কে পূর্ণ ও ভারি বলিয়া বোধ করিতে থাকেন। স্তনের দুগ্ধনিঃসারক উপাদান সমষ্টি বর্দ্ধিত হইতে আরম্ভ করে এবং স্তনের আয়তন বাড়িতে থাকে। দুগ্ধনিঃসারক উপাদানসমূহের বৃদ্ধি হওয়াতে স্তনযুগল পূর্ব্বাপেক্ষা কঠিন হইয়া আইসে। সেইসঙ্গে ইহার রক্তবহা নালী সমুদায় বিস্ফারিত হয়; তাহাতে ত্বকের নিম্নস্থিত শিরাসমুদায় সুস্পষ্টরূপে লক্ষিত হইতে থাকে। চুচুক শোণিতপূর্ণ ও উন্নত হইয়া উঠে এবং এরিওলাতে কতকগুলি বিচিত্র পরিবর্ত্তন সাধিত হয়। এরিওলার সীমা বৃত্তাকারে বাড়িতে থাকে; ইহা পিগমেণ্ট অর্থাৎ রঞ্জন পদার্থের সমাবেশে গাঢ় হইয়া পড়ে। ইহাকেই এদেশে "ভেলাপড়া" কহে। ভিন্ন ভিন্ন গর্ভিণীর স্তনে ভেলাপড়ার ভিন্নতা দেখিতে পাওয়া যায়। গৌরবর্ণা স্ত্রীদের এরিওলাতে এত অল্পই রঞ্জন থাকে যে, সময়ে সময়ে তাহা সহজে বুঝিতে পারা যায় না। কৃষ্ণাঙ্গীদের "ভেলাপড়া" অতি স্পষ্টরূপে দৃষ্ট হইয়া থাকে। কাহার কাহার ভেলা গভীর রঞ্জনের সহিত স্তনের বহুদূর পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইয়া পড়ে।

গর্ভের শেষ কয়েক মাসে স্তনের বৃত্তাকার রঞ্জনের প্রান্তভাগে আর এক প্রকার বিচ্ছিন্ন ও পাতলা রঞ্জন পদার্থের সমাবেশ দেখিতে পাওয়া যায়; ইহাকেই সেকেণ্ডরী এরিওলা কহে। রঞ্জিত স্থলের রঞ্জন জলসিঞ্চনে স্থানে স্থানে বিধৌত ও পাতলা হইয়া পড়িলে রঞ্জনের গাঢ়তা অপনীত হইয়া যেরূপ হইয়া থাকে, সেকেণ্ডরী এরিওলা দেখিতে ঠিক সেইরূপ। এরিওলার এই সকল পরিবর্ত্তনের সহিত ইহা পুরু হইয়া উঠে এবং সিক্ত বলিয়া বোধ হইতে থাকে। তখন ত্বকস্থিত টিউবার্কেলগুলি উন্নত ও বর্দ্ধিতায়তন হইয়া উঠে। টিউবার্কেলের সমাবেশ প্রধানতঃ চুচুকের পার্শ্ববর্ত্তী স্থানে দেখিতে পাওয়া যায়। স্তনের আয়তন বর্দ্ধিত হইলে ইহার উপর সরু সরু সাদা দাগ পড়িয়া থাকে। গৌরবর্ণাদের স্তনে এই দাগ অধিক পরিমাণে হইতে দেখা যায়। আভ্যন্তরীণ চাপে কিউটিস্ ভিরা বিস্ফারিত হওয়াতে এইরূপ রেখা উৎপাদিত হইয়া থাকে। এব্‌ডোমেনের উপরও ঐরূপ সাদা সাদা কাটা কাটা দাগ দেখিতে পাওয়া যায়।

জরায়ু বা ওভেরীয় পীড়ায় স্তনে কিয়ৎপরিমাণে "ভেলা" পড়িতে পারে; কিন্তু গর্ভ না হইলে স্তনের উল্লিখিতরূপ নিয়মিত পরিবর্ত্তন হয় না। এই সকল পরিবর্ত্তন একবার হইলে আর সম্পূর্ণরূপে অপনীত হয় না; অল্প বা অধিক পরিমাণে থাকিয়া যায়। এইজন্য বহুপ্রসবিণীদিগের স্তনের অবস্থান্তর দেখিয়া গর্ভনির্ণয়ে বিশেষ সাহায্য পাওয়া যায় না। কিন্তু প্রথম গর্ভিণীর এই সকল পরিবর্ত্তন নিয়মিতরূপে হইলে তাহা গর্ভনির্ণয়ে বিশেষ সাহায্য করিয়া থাকে। ইহার সহিত যদি আবার দুগ্ধ নিঃসাবিত হয়, তাহা হইলে যাঁহার পূর্ব্বে কখনও গর্ভ হয় নাই, তাঁহাকে সসত্বা বলিয়া জ্ঞান হইতে পারে, কিন্তু এরূপ স্থলেও এই একমাত্র লক্ষণের উপর নির্ভর করা যাইতে পারে না; ইহার সহিত অন্যান্য নিশ্চিত লক্ষণাবলী পরীক্ষা করা আবশ্যক।

গর্ভের তৃতীয় মাসেই স্তনে দুগ্ধ হইতে আরম্ভ হয়। অনেক স্থলে এই সময়ে স্তন হইতে সিরমের ন্যায় একপ্রকার তরল পদার্থ নিঃসৃত হইয়া থাকে। অণুবীক্ষণযন্ত্রদ্বারা সেই নিঃসৃত পদার্থ পরীক্ষা করিলে তাহাতে দুগ্ধের উপাদান সমূহ ও কোলষ্ট্রাম গ্লোবিউলের সমষ্টি দেখিতে পাওয়া যায়। এস্থলে একথাও বলা আবশ্যক যে, গর্ভ না হইলেও স্তনে দুগ্ধ উৎপাদিত হইতে পারে। যে সকল স্ত্রীলোকের কখন গর্ভ হয় নাই, অথবা অনেক কাল পূর্ব্বে গর্ভ হইয়া স্তন একবারে দুগ্ধহীন হইয়া পড়ে; স্তনের উত্তেজনায় তাহাদেরও স্তন্য নিঃসৃত হইতে দেখা যায়। যে স্তনে কখন দুগ্ধের সঞ্চার হয় নাই, বা বহুদিবস পূর্ব্বে হইয়াছিল, শিশুকে চোষণ করিতে দিলে অল্প দিবসের মধ্যেই তাহাতেও দুগ্ধ আসিতে পারে। এমন কি কোন কোন পুরুষেরও স্তনের উত্তেজনা বশত দুগ্ধোৎপাদন হওয়া বিরল নহে।

দেহের অন্যান্য স্থলেও রঞ্জনের সমাবেশ হইয়া থাকে। কাহার কাহারও নাভিকূপের তটদেশে মণ্ডলাকারে ভেলা পড়িতে দেখা যায়। ডাক্তার মণ্টগোমারী ইহাকে "নাভি ভেলা" বলিয়া বর্ণন করিয়াছেন। অনেক স্থলে সিম্ফিসিস হইতে এব্ডোমেনের মধ্যদেশ দিয়া এক একটী কাল রেখা নাভি পর্য্যন্ত বিস্তৃত থাকে; কখন কখন আবার নাভির ঊর্দ্ধদেশ হইতে এন্‌সিফর্ম কার্টিলেজ পর্য্যন্ত ঐরূপ অসিত রেখা পড়িতে দেখা যায়। কাহার কাহার মুখমণ্ডলেও বিশেষতঃ ললাটের উপর উক্তরূপ কৃষ্ণাভ রেখা

লক্ষিত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে সর্ব্বাঙ্গে ত্বকের উপর রক্তের সমাবেশ হইয়া সুপ্রারিণাল ক্যাপ্‌সিউলের পীড়ার লক্ষণ সদৃশ পরিলক্ষিত হয়। এরূপ ঘটনা অতি বিরল।

এব্‌ডোমেনের বিবর্দ্ধন।—সসত্ত্ব জরায়ু যতদিন না এব্‌ডোমেন-গহ্বরে উত্থিত হয়, ততদিন এব্‌ডোমেনের আয়তন বর্দ্ধিত হয় না; বরং গর্ভাধানের পরই প্রায় দেড় মাস কাল জরায়ু নিজ ভারে বস্তিকোটরে নামিতে থাকে। তাহাতে এব্‌ডোমেন-প্রাচীর পূর্ব্বাপেক্ষা চেপ্টা হয় এবং নাভি অধিকতর বসিয়া পড়ে। ক্রমে জরায়ুর আয়তন বর্দ্ধিত হইলে ইহার ফণ্ডাস এব্‌ডোমেন-গহ্বরে উপনীত হয়। তৃতীয় মাসের মধ্যভাগে কখন কখন চতুর্থ মাসের প্রারম্ভে জরায়ুর ফণ্ডাসকে সিম্ফিসিস পিউবিসের ঊর্দ্ধে উঠিতে বেশ দেখিতে পাওয়া যায়। এই সময় হইতেই এব্‌ডোমেনের প্রকৃত বিবর্দ্ধন আরম্ভ হইয়া থাকে। ফণ্ডাস উত্তরোত্তর এব্‌ডোমেন-গহ্বরে উঠিতে থাকে; ক্রমে চতুর্থ মাসের শেষকালে ইহা সিম্ফিসিসের উপর তিন অঙ্গুলি পরিমাণে উত্থিত হয়। পঞ্চম মাসে ফণ্ডাস নাভি ও পিউবিসের মধ্যস্থলে উপনীত হয়; ষষ্ঠ মাসে ইহা নাভিস্থল পর্য্যন্ত উঠিয়া থাকে। সপ্তম মাসে জরায়ুর ঊর্দ্ধসীমা নাভিস্থলের প্রায় দুই ইঞ্চ ঊর্দ্ধে উত্থিত হয়; এই সময়ে আভ্যন্তরীণ চাপে নাভিস্থলের স্বাভাবিক গভীরতা অপনীত হওয়াতে তাহা উন্নত হইয়া উঠে। অষ্টম ও নবম মাসে জরায়ু উত্তরোত্তর আরও বর্দ্ধিত হইতে থাকে; এবং ক্রমে ইহার ঊর্দ্ধসীমা এন্‌সিফর্ম্ম কার্টিলেজের ঠিক সমতলে আইসে। ইহার পর জরায়ু আর ঊর্দ্ধভাগে অধিক পরিমাণে বাড়ে না। নবম মাসে ইহার পরিধির আয়তন বাড়িতে থাকে। গর্ভের শেষ কয়েক দিবস, জরায়ু বস্তিগহ্বরে অল্প পরিমাণে নামিয়া পড়ে; তাহাতে এব্‌ডোমেনের আয়তন কমিয়া আইসে*(১)।

গর্ভের ভিন্ন ভিন্ন কালে সসত্ত্ব জরায়ুর আয়তনের যে সমস্ত পরিবর্ত্তন হয়, তদ্বিষয়ে অভিজ্ঞতা থাকিলে গর্ভ কতদূর অগ্রসর হইয়াছে এবং প্রসবের সম্ভবনীয় সময় অনেক পরিমাণে স্থির করিতে পারা যায় (১৪শ চিত্র)।

১। ... প্রসবের পূর্ব্বলক্ষণ দ্রষ্টব্য।

এসাইটিস, ওভেরির পীড়া, অথবা জরায়ুর প্রাচীরস্থিত টিউমার প্রভৃতি পীড়ায় এব্ডোমেনের বিবর্দ্ধন হইতে পারে, অথবা ঐসমস্ত পীড়া গর্ভের সহিত এককালে বিদ্যমান থাকিয়া প্রকৃত বিষয় নির্ণয়ে বিষম গোলযোগ সম্ভাবিত করিতে পারে। ইহাতে পরীক্ষায় ভুল হইবার সম্ভাবনা, কিন্তু প্যাল্পেশন দ্বারা জরায়ুর সঙ্কোচন ও আভ্যন্তরীণ শিশুর মুভ্মেণ্ট বা বিসর্পণ ও হৃৎপিণ্ডের শব্দ জানিতে পারিলে প্রকৃত অবস্থা অবগত হওয়া যায়।

প্যাল্পেশন।—এব্ডোমেন-প্রাচীরের উপর হস্তস্থাপন করিয়া জরায়ু পরীক্ষা করিলে স্পষ্ট বুঝিতে পারা যায় যে, পাঁচ দশ মিনিট অন্তর জরায়ু এক একবার সঙ্কুচিত হইয়া আবার বিস্ফারিত হইতেছে। জরায়ুর এই সঙ্কোচন সম্পূর্ণ অব্যথ। ইহাতে গর্ভিণীর কোন কষ্ট হয় না এবং তিনি সকল সময় নিজে তাহা বুঝিতেও পারেন না। আর্ত্তব শোণিত-রোধ অথবা জরায়ুতে কোন টিউমার সঞ্জাত হইয়া জরায়ুকে বর্দ্ধিত ও বিস্ফারিত করিলেও জরায়ুর উক্তরূপ পৈশিক সঙ্কোচন হইতে পারে। কোন কোন টিউমারও মধ্যে মধ্যে কুঞ্চিত হইয়া থাকে; কিন্তু গর্ভাবস্থায় জরায়ুর সঙ্কোচন অতি বিচিত্র ও নিয়মিতরূপে হইতে দেখা যায়। যিনি ইহা পরীক্ষা দ্বারা অবগত হইয়াছেন, তাঁহার এবিষয়ে ভুল হইবার অল্পই সম্ভাবনা।

জরায়ু-সঙ্কোচনের সঙ্গে প্যাল্পেশন দ্বারা যদি বুঝিতে পারা যায় যে, তন্মধ্যে ভ্রূণ বিদ্যমান আছে, তাহা হইলে গর্ভ বিষয়ে আর সন্দেহ থাকে না। এব্ডোমেন-প্রাচীর চর্ব্বিতে পুরু হইলে এইরূপ পরীক্ষা সহজে সাধিত হয় না; ইহা পাতলা থাকিলে শিশুর সমস্ত অঙ্গপ্রত্যঙ্গ সুচারুরূপে বুঝিতে পারা যায় এবং প্রসবকাল নিকট হইয়া আসিলে ইহা দ্বারা শিশুর পোজিশন বা আসন ও প্রেজেণ্টেশন বা প্রাগ্বতবণ নির্ণীত হইতে পারে।

যৌন লক্ষণ।—গর্ভাবস্থায় যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি একপ্রকার বিচিত্র বায়লেট বর্ণ ধারণ করে। সমস্ত জরায়ুর সন্তাপ বশতঃ শোণিতাধিক্য হওয়াতে যোনির ঐরূপ বর্ণ হইয়া থাকে। ডাক্তার জ্যাকুইমার সর্ব্বপ্রথম এই লক্ষণটী সম্যক্রূপে বর্ণন করেন; এইজন্য ইহা জ্যাকুইমারের টেষ্ট অর্থাৎ পরীক্ষা নামে প্রসিদ্ধ। শোণিতাধিক্য প্রযুক্ত যোনিস্থিত ধমনী সমূহের স্পন্দন স্পষ্ট অনুভূত হইতে থাকে। জরায়ুতে কোনরূপ টিউমার

হইলেও শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির বর্ণের এইরূপ পরিবর্ত্তন ও যোনিস্থিত ধমনী সমূহের স্পন্দন হইতে পারে। এই সকল লক্ষণ গর্ভের প্রাক্কালেই প্রকাশ পায় এবং ইহাদের সহিত প্রভাত বমন ও স্তনের পরিবর্ত্তন প্রভৃতি লক্ষণ বিদ্যমান থাকিলে গর্ভের প্রারম্ভকাল নির্ণয় করা সহজ হইয়া পড়ে।

জরায়ুগ্রীবার পরিবর্ত্তন।—অসত্ব অবস্থায় জরায়ুগ্রীবা কঠিন ও দৃঢ় থাকে; কিন্তু গর্ভ হইবামাত্র ইহা কোমল হইতে আরম্ভ করে। জরায়ুগ্রীবা কোমল হওয়াতে পরীক্ষা কালে অঙ্গুলি দ্বারা ইহা সহজে বিস্ফারিত হইতে পারে, তাহাতে বোধ হয় যেন ইহা ছোট হইয়া আসিয়াছে। কিন্তু বাস্তবিক ইহা এরূপ হয় না। পূর্ব্বে অনেকের এইরূপ বিশ্বাস ছিল যে, গর্ভের বৃদ্ধির সহিত গ্রীবানালী ক্রমে ক্রমে জরায়ু-প্রাচীরে পরিণত হওয়াতে ইহা ছোট হইয়া পড়ে এবং গর্ভপূর্ণ হইয়া আসিলে সম্পূর্ণ বিলীন হইয়া যায়। কিন্তু গ্রীবা বস্তুত এইরূপে ক্রমিক খর্ব্বায়তন হইয়া আইসে না; ইহা কোমল, শিথিল ও বিস্ফারণশীল হওয়াতে যোনিতে অঙ্গুলি প্রবেশিত করিয়া পরীক্ষা করিতে গেলে ছোট বলিয়া বোধ হয়। তবে প্রসবের দুই সপ্তাহ পূর্ব্ব হইতে জরায়ু বস্তিগহ্বরে নামিতে থাকে এবং অব্যাথভাবে সঙ্কুচিত হইতে আরম্ভ করে। তাহাতে ইহার দ্রাঘিষ্ঠ আয়তন কমিয়া আইসে। এই সময় গ্রীবানালী স্পষ্ট ছোট হইতে থাকে এবং প্রসব নিকট হইয়া আসিলে প্রায়ই পূর্ণ বিলীন হইয়া যায়।

জরায়ুগ্রীবার কোমল, শিথিল ও বিস্ফারণশীল ভাব, গর্ভের একটী প্রধান সমর্থক লক্ষণ। কোন পীড়া বশতঃ গ্রীবা কোমল হইতে পারে; কিন্তু সেই কোমলতা নিয়মিতরূপে হয় না। প্রথম প্রসবিনীদের জরায়ুগ্রীবা অধিক শিথিল ও বিস্ফারণশীল না হইতে পারে, কিন্তু তাহা হইলেও গর্ভের সপ্তম মাসে পরীক্ষকের একটী অঙ্গুলির অগ্রভাগ গ্রীবানালীতে সহজে প্রবেশিত হইতে পারে। বহুপ্রসবিনীদের জরায়ুগ্রীবা অধিকতর শিথিল ও বিস্ফারণশীল, এইজন্য পরীক্ষকের অঙ্গুলি তন্মধ্যে অনায়াসে প্রবেশিত করিতে পারা যায়।

গর্ভের ভিন্ন ভিন্ন কালে জরায়ুগ্রীবার স্থিতিস্থানের যে, পরিবর্ত্তন হইয়া থাকে, তাহা আভ্যন্তরীণ পরীক্ষা দ্বারা স্পষ্ট বুঝিতে পারা যায়। গর্ভের প্রথম প্রথম যখন জরায়ু বস্তিকোটরে নামিয়া পড়ে, জরায়ুগ্রীবাকেও যোনির

নামিতে দেখা যায়। তাহার পর জরায়ু যেমন উর্দ্ধে উঠিতে থাকে, গ্রীবাও তৎসঙ্গে উঠিতে আরম্ভ করে। তখন আভ্যন্তরীণ পরীক্ষায় ইহা সহজে অধিগত হয় না। জরায়ু এব্ডোমেন-গহ্বরে উত্থিত হইয়া গুরুত্বপ্রযুক্ত সম্মুখে ঝুলিয়া পড়িলে, অস পশ্চাতে সেক্রমের দিকে সরিয়া যায়, তাহাতে যোনির সম্মুখ প্রাচীরে টান পড়াতে ইহা চেপ্টা হইয়া পড়ে।

ব্যালোটমোঁ।—এই প্রক্রিয়ার দ্বারাও গর্ভ-নির্ণয়ে অনেক সাহায্য পাওয়া যায়। ব্যালোটমোঁ অন্ত ও বাহ্য উভয় প্রকারে সাধিত হইতে পারে। অন্তঃপরীক্ষায় রোগিণীকে উত্তানভাবে অর্দ্ধশায়িতা রাখিয়া দক্ষিণ বা বাম হস্তের দুইটী অঙ্গুলি যোনি মধ্যে প্রবেশিত করিয়া জরায়ু-মুখের উপর ন্যস্ত রাখিতে হয়। অপর হস্ত এব্ডোমেন-প্রাচীরের উপর রাখিয়া জরায়ুকে দৃঢ়রূপে স্থির করিয়া রাখা আবশ্যক। এই অবস্থায় যোনিপ্রবিষ্ট অঙ্গুলিদ্বয় দ্বারা যদি জরায়ুর অধোভাগে আঘাত করা যায়, তাহা হইলে এমনিয়মস্থিত শিশু উর্দ্ধে উঠিয়া আবার নামিয়া আইসে, তাহাতে যোনিস্থিত অঙ্গুলির উপর প্রতিঘাত বেশ অনুভূত হইয়া থাকে। পরিস্রব জরায়ু মুখের উপরেই সংস্থিত থাকিলে অথবা শিশুর আসন বা সংস্থিতি অস্বাভাবিক হইলে, এই অনুভূতি স্পষ্ট উপলব্ধ হয় না। বাহ্য প্রক্রিয়ায় গর্ভিণীকে হাঁটু পাতিয়া কুনুয়ের উপর ভর দিয়া উপর করিয়া শায়িত করিতে হয়, তাহাতে ভ্রূণ জরায়ুর ফণ্ডাসের দিকে নামিয়া আইসে; সেই সময় বহির্দ্দেশ হইতে ফণ্ডাসে অল্প ধাক্কা দিলে তাহা এমনিয়ম থালির অপর প্রান্তে সরিয়া যায় এবং পরক্ষণেই আবার ফণ্ডাসে ফিরিয়া আইসে, এই প্রতিঘাত হস্ত দ্বারা স্পষ্ট অনুভূত হইয়া থাকে।

চতুর্থ মাসের পূর্ব্বে ভ্রূণ অতিশয় ছোট থাকে, এবং সপ্তম মাসের পর বাড়িয়া উঠে; শেষোক্ত কালে লাইকার এমনিয়ম কমিয়া আইসে; এইজন্য চতুর্থ ও সপ্তম মাসের মধ্যেই ব্যালোটমোঁ পরীক্ষা সুচারুরূপে সাধিত হইয়া থাকে। অনেকে ব্যালোটমোঁকে গর্ভের নিশ্চিত লক্ষণ বলিয়া বিবেচনা করেন। জরায়ু প্রাচীরে একটি দীর্ঘমূল টিউমার সংলগ্ন থাকিলে অথবা মূত্রাশয়ে পাথুরি থাকিলেও আভ্যন্তরীণ পরীক্ষায় এইরূপ প্রতিঘাত অনুভূত হইতে পারে।

জরায়ু মধ্যে এমনিয়ম জল থাকাতে আভ্যন্তরীণ পরীক্ষাকালে তন্মধ্যে "ফ্লুক্চুয়েশন" অনুভূত হয়। ইহাদ্বারাও গর্ভনির্ণয়ে সহায়তা পাওয়া যায়।

ভ্রূণহৃদয়ের স্পন্দনধ্বনি।—গর্ভ নির্ণয়ে এই শব্দটী দ্বারা সর্ব্বাপেক্ষা অধিক সাহায্য পাওয়া যায়। এই শব্দ স্পষ্ট শ্রুত হইলে গর্ভের অস্তিত্বে যেমন আর কিছু মাত্র সন্দেহ থাকেনা, সেইরূপ ইহা দ্বারা ভ্রূণের অবস্থাও সূচিত হইয়া থাকে। গর্ভে একটীর অধিক শিশু থাকিলে হৃৎপিণ্ডের শব্দ পরীক্ষা দ্বারা তদ্বিষয়ের নিরূপণে বিশেষ সাহায্য পাওয়া যায়। ভ্রূণ-হৃদয়ের স্পন্দনধ্বনি শ্রুত না হইলে যে, গর্ভের সত্তা অপ্রমাণিত হইবে, এমত নহে; কেননা এরূপ হইতে পারে যে, রোগিণীর দেহ হয়ত অতিশয় স্থূল, হয়ত তাঁহার এব্‌ডোমেন-প্রাচীর অধিক চর্ব্বিতে পূরক, হয়ত শিশু অতিশয় দুর্ব্বল; এরূপ হইলে সসত্ত্বাবস্থাতেও শিশুর হৃৎপিণ্ডের ধ্বনি শ্রুত না হইলেও হইতে পারে। তদ্ব্যতীত, গর্ভস্থ শিশুর মৃত্যু হইলে ঐই শব্দ আর উৎপাদিত হয় না।

গর্ভের ঠিক কোন্ সময়ে ভ্রূণহৃদয়ের স্পন্দনধ্বনি সর্ব্বপ্রথম শুনিতে পাওয়া যায়, তাহা অদ্যাপি স্থিরীকৃত হয় নাই। সাধারণতঃ গর্ভ পঞ্চম মাসে উপনীত না হইলে তাহা স্পষ্ট শ্রুত হয় না, কিন্তু অনেক বিশ্বাসযোগ্য সন্দর্শকের দ্বারা নির্দ্দিষ্ট হইয়াছে যে, চতুর্থ মাসে,—কখন কখন একাদশ সপ্তাহেও ভ্রূণের হৃৎপিণ্ডধ্বনি কোন কোন স্থলে শ্রুত হইয়া থাকে। ডাক্তার লিশম্যান বলেন, একাদশ সপ্তাহে যে কোন কোন স্থলে ভ্রূণহৃদয়ের স্পন্দন-ধ্বনি শ্রুত হইয়া থাকে, অনেকে তাহা স্বীকার করেন না। কিন্তু চতুর্থ মাসের চতুর্থ, তৃতীয়, অথবা দ্বিতীয়,—এমন কি কখন কখন প্রথম সপ্তাহেও যে, তাহা শুনিতে পাওয়া যায়, তদ্বিষয়ে অল্পই সন্দেহ; অনেকগুলি সন্দর্শন একত্র করিয়া গড়ে অষ্টাদশ সপ্তাহকে ঐশব্দ শ্রবণের প্রথম কালরূপে নির্দ্দেশ করিতে পারা যায়।

ভ্রূণের হৃৎপিণ্ডশব্দ অতি বিচিত্র। বালিশের নিম্নে ঘড়ি রাখিলে যেমন তাহার টিক্ টিক্ শব্দ শুনিতে পাওয়া যায়, ভ্রূণহৃদয়ের স্পন্দনধ্বনিও প্রায় সেইরূপ শ্রুত হইয়া থাকে। প্রত্যেক দুইটী শব্দের দ্বিতীয়টী অপেক্ষা প্রথমটী অধিকতর স্পষ্টরূপে শুনা যায়। ভ্রূণহৃদয় সচরাচর প্রতি মিনিটে ১৩০ হইতে ১৪০ বার স্পন্দিত হইয়া থাকে। কিন্তু সময়ে সময়ে ইহার ন্যূনাধিক্যও দেখিতে পাওয়া যায়। কেহ কেহ বিবেচনা করেন যে, পুরুষ অপেক্ষা স্ত্রী

ভ্রূণের হৃৎপিণ্ড অধিকতর ঘনতাসহকারে সঙ্কুচিত হইয়া থাকে। তাঁহারা হৃৎপিণ্ডের সঙ্কোচনের এই তারতম্যের উপর নির্ভর করিয়া গর্ভস্থ শিশুর পুংত্ব ও স্ত্রীত্ব নির্ণয় করিতে চেষ্টা করিয়াছেন। ফ্র্যাঙ্কেনহসার গণনা দ্বারা স্থির করিয়াছেন যে, শিশু পুং হইলে তাহার হৃৎপিণ্ড প্রতি মিনিটে গড়ে ১২৪ এবং স্ত্রী হইলে ১৪৪ বার সঙ্কুচিত হইয়া থাকে। ডাক্তার ষ্টিনব্যাকের সন্দর্শনানুসারে পুং ভ্রূণের হৃৎপিণ্ড শব্দ গড়ে ১৩১ এবং স্ত্রী ভ্রূণের ১৩৮ বার শ্রুত হয়। কিন্তু বোধ হয়, লিঙ্গভেদে এরূপ প্রভেদ হয় না। সচরাচর স্ত্রী ভ্রূণ অপেক্ষা পুং ভ্রূণের দেহ অধিকতর পরিপুষ্ট ও বৃহদায়তন হইতে দেখা যায়। শরীরের পুষ্টতা ও আয়তনের বৃদ্ধির সহিত যে হৃৎপিণ্ডের সঙ্কোচনঘনতা কমিয়া আইসে, ইহা শরীর-তত্ত্বের একটী প্রসিদ্ধ বিধি। সেইজন্য লিঙ্গভেদ অপেক্ষা শরীরের আয়তন ও পুষ্টির তারতম্যের উপর *ভ্রূণহৃদয়ের স্পন্দন-ধ্বনির বিভিন্নতা অধিক পরিমাণে নির্ভর করে।* শিশুর হৃৎপিণ্ডধ্বনি গর্ভিণীর নাড়ীসংখ্যা অপেক্ষা স্বভাবতঃ অধিক। এইজন্য ভ্রূণহৃদয়ের সঙ্কোচনধ্বনি গণনা করিবার পূর্ব্বে গর্ভিণীর নাড়ীর সংখ্যা স্থির করিলে মাতার নাড়ীর-শব্দ ভ্রূণহৃদয়ের স্পন্দনধ্বনি বলিয়া ভ্রম হইবার স্বল্পই সম্ভাবনা।

ভ্রূণের হৃৎপিণ্ডধ্বনি শুনিতে হইলে গর্ভিণীকে উত্তানভাবে শায়িত করিতে হয়; তৎকালে তাঁহার স্কন্ধদ্বয় একটু উচ্চে এবং জানুদ্বয় উন্নত রাখা আবশ্যক। তাহাতে এব্‌ডোমেন-প্রাচীর শিথিল হওয়াতে ষ্টিথ্-স্কোপের চাপে তাহা জরায়ুর উপর সহজে ন্যস্ত হইতে পারে। ষ্টিথ্‌স্কোপ মৃদু ও দৃঢ় ভাবে সংস্থাপিত করা আবশ্যক। ইহাকে সবলে স্থাপন করিলে জরায়ু সঙ্কুচিত হইয়া পড়ে; এবং তৎসঙ্গে ভ্রূণও উত্তেজিত হওয়াতে তাহার হৃৎপিণ্ডের সঙ্কোচনের ঘনতা বৃদ্ধি পায়; জরায়ু ও ভ্রূণ পুনরায় স্বাভাবিক অবস্থায় ফিরিয়া না আসিলে ইহা সুচারুরূপে পরীক্ষা করিতে পারা যায় না।

ভ্রূণহৃদয়ের স্পন্দনধ্বনি কখনই এব্‌ডোমেনের সর্ব্বত্রই শ্রুত হয় না; ইহা একটী নির্দ্দিষ্ট ব্যবধানের মধ্যে শুনিতে পাওয়া যায়। ভ্রূণের আসনানুসারে এই স্থানের ভিন্নতা লক্ষিত হইয়া থাকে। এইজন্য ভ্রূণ-হৃদয়ের স্পন্দনধ্বনি পরীক্ষা করিতে হইলে, কোন্ স্থানে ইহা সচরাচর স্পষ্ট

শুনিতে পাওয়া যায়, তাহাতে পরীক্ষকের জ্ঞান থাকা আবশ্যক। ভ্রূণের পৃষ্ঠদেশ যেস্থলে জরায়ু প্রাচীরে সংসক্ত থাকে, ইহার হৃৎপিণ্ডধ্বনি সেই স্থলেই অধিক জোরে শ্রুত হয়। গর্ভস্থ শিশুর পৃষ্ঠদেশ মাতার সম্মুখ ভাগে থাকিলে এব্‌ডোমেন-প্রাচীর দ্বারা হৃৎপিণ্ডের শব্দ স্পষ্টরূপে শুনিতে পাওয়া যায়; কিন্তু তাহার পৃষ্ঠদেশ গর্ভিণীর পশ্চাদ্ভাগে থাকিলে শিশুর হস্তপদাদি ও অধিক পরিমাণ লাইকার এমনিয়ম সম্মুখে থাকে, তাহাতে হৃৎস্পন্দন সেরূপ শুনিতে পাওয়া যায় না; সেরূপ স্থলে অতি সতর্কতার সহিত পরীক্ষা করা আবশ্যক। সেরূপ অবস্থায় ভ্রূণহৃদয়ের স্পন্দনধ্বনি মাতার সম্মুখ অপেক্ষা পার্শ্বদেশে অধিক স্পষ্টরূপে শুনিতে পাওয়া যায়। হৃৎপিণ্ড প্রধানতঃ চেষ্ট-গহ্বরের বাম দিকে থাকে; এইজন্য শিশু নিম্ন মস্তকে প্রথম অথবা চতুর্থ আসনে সংস্থিত হইলে, ইহার হৃৎস্পন্দন মাতার নাভির নিম্ন ও বাম দিকে শ্রুত হইয়া থাকে। দ্বিতীয় ও তৃতীয় আসনে তাঁহার দক্ষিণ দিকে শুনিতে পাওয়া যায়। ইহাদের মধ্যে প্রথম ও দ্বিতীয় আসনে হৃৎস্পন্দন জননীর সম্মুখভাগে এবং তৃতীয় ও চতুর্থ আসনে পশ্চাদ্ভাগে শুনিতে পাওয়া যায়। অধিকাংশ স্থলে ভ্রূণ প্রথম আসনেই থাকে, এইজন্য বাম দিকেই শিশুর হৃৎস্পন্দন অনেকস্থলে শ্রুত হইয়া থাকে। তৎপরেই তৃতীয় আসন। হৃৎপিণ্ডের শব্দ প্রথম আসনে শ্রুত না হইলে এই আসনে অনুসন্ধান করা আবশ্যক। এই সকল আসনেই হৃৎপিণ্ডের স্পন্দনধ্বনি পরীক্ষার সুবিধার জন্য জননীর নাভি হইতে ইলিয়ম অস্থির এণ্টিরিয়র সুপিরিয়র স্পাইনাস প্রোসেস পর্য্যন্ত দুইপার্শ্বে দুইটী রেখা টানিয়া তাহাদের মধ্যস্থলে পরীক্ষা করিলে শিশুর আসন-অনুসারে স্পন্দন শুনিতে পাওয়া যায়। শিশুর বস্তি-দেশ নিম্নে থাকিলে মাতার নাভির ঊর্দ্ধে বাম বা দক্ষিণ ভাগে হৃৎস্পন্দন শ্রুত হইয়া থাকে। শিশু অনুপ্রস্থভাবে থাকিলে তাহার হৃৎপিণ্ডধ্বনি নাভির নিম্নে দেহের মধ্যস্থলে অথবা ইহার অতিশয় নিকট শুনিতে পাওয়া যায়।

শিশুর হৃৎপিণ্ডের স্থিতিস্থল নিরূপিত হইলে ভ্রূণের আসন ও প্রামুখভাগ অনুমান করিয়া লওয়া যাইতে পারে। জরায়ুর গঠন ও প্যাল্পেশন দ্বারা শিশুর অঙ্গপ্রত্যঙ্গ পরীক্ষা করিলে এই বিষয়ে বিশেষ সাহায্য পাওয়া যায়। এবিষয় শিশুর আসন বর্ণনকালে বিশেষরূপে বর্ণিত হইবে। গর্ভে একটীর

অধিক শিশু থাকিলে তাহাদের হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন ভিন্ন ভিন্ন স্থানে প্রবল ভাবে শ্রুত হইয়া থাকে, এবং তৎসমুদায়ের অনৈক্যও লক্ষিত হয় *।

জরায়ুর সুফুল।—গর্ভাবস্থায় জরায়ু-প্রাচীরে শোণিত-সঞ্চালনের সহিত একপ্রকার মৃদু শব্দ শুনিতে পাওয়া যায়; গর্ভিণীর নাড়ীস্পন্দনের সম কালেই ইহা শ্রুত হইয়া থাকে। ইহাকে জরায়ুর সুফুল শব্দ বলা যায়। পূর্ব্বে অনেকের বিশ্বাস ছিল যে, প্ল্যাসেণ্টার শোণিত-সঞ্চালন প্রযুক্ত এই শব্দ উৎপাদিত হয়, এইজন্য ইহা আজিও প্ল্যাসেণ্টার সুফুল বলিয়া অভিহিত হইয়া থাকে। গর্ভ ব্যতীত, টিউমার, অথবা অন্য কোন কারণে জরায়ু বর্দ্ধিত হইলেও এই শব্দ শুনিতে পাওয়া যায়। জরায়ুর সকল স্থলেই এই শব্দ শ্রুত হইতে পারে; এবং অনেক সময় এককালে অনেক স্থলে ইহা শুনিতে পাওয়া যায়, কিন্তু সচরাচর ইহা জরায়ুর নিম্ন অংশেই আকর্ণিত হইয়া থাকে। গর্ভাবস্থায় জরায়ুর অব্যথ সঙ্কোচনকালে এই শব্দের হ্রাস-বৃদ্ধি হইতে দেখা যায়। প্রসব-বেদনা-কালে ইহার বিচিত্র পরিবর্ত্তন হইয়া থাকে;—জরায়ু সঙ্কুচিত হইতে আরম্ভ করিলেই সুফুল শব্দ বাড়িতে আরম্ভ করে, বেদনার বৃদ্ধির সহিত ইহা কমিয়া আইসে এবং বেদনার আতিশয্যে একেবারে বিলীন হইয়া যায়। আবার বেদনা যেমন কমিতে আরম্ভ করে, এই শব্দ শ্রুত হইতে থাকে এবং বেদনার বিরামে পূর্ব্বের ন্যায় স্বাভাবিক হইয়া আইসে। ভ্রূণের হৃৎস্পন্দন যে সময়ে প্রথম শ্রুত হইতে আরম্ভ হয়, সুফুল শব্দ তাহার পূর্ব্ব হইতে শুনিতে পাওয়া যায়।

শিশুর পরিসর্পণ বা মুভ্‌মেণ্ট।—জরায়ু এব্‌ডোমেন-প্রাচীরের সহিত সংসক্ত হইয়া আসিলে গর্ভিণী শিশুর পরিসর্পণ সর্ব্ব প্রথম স্পষ্ট জানিতে পারেন। এই ঘটনা সচরাচর চতুর্থ মাসের শেষ ভাগে হইয়া থাকে। লোকের সাধারণতঃ এইরূপ ধারণা যে, এই সময়ে শিশুর দেহে জীবন সঞ্চার হয়, এইজন্য ইহাকে "কুইক্লিং" কহে। গর্ভধারণের প্রারম্ভ হইতেই ভ্রূণ সজীব থাকে, তাহার পর জরায়ু যেমন উত্তরোত্তর বর্দ্ধিত হয়, শিশুর পরিসর্পণ তত স্পষ্ট অনুভূত হইতে থাকে। গর্ভের শেষ কয়েক মাসে ভ্রূণের পরিসর্পণ এত বেগবান্ হইয়া উঠে যে, তাহাতে গর্ভিণী প্রকৃত

* যমজ সন্তান বিষয়ক অধ্যায় দ্রষ্টব্য।

যাতনা অনুভব করিতে থাকেন, এমন কি সেই যাতনায় তাঁহাকে সময়ে সময়ে নিতান্ত কাতর হইতে দেখা যায়। এই সময়ে শিশু কখন হস্তপদাদি সঙ্কোচ ও বিস্তার, কখন জরায়ু-প্রাচীরে ঘন ঘন পদাঘাত ও জানু ঘর্ষণ করিতে থাকে ; তাহাতে গর্ভিণীর সময়ে সময়ে যাতনার আতিশয্য হইয়া উঠে। এই সঙ্গে চিকিৎসক যদি পরীক্ষা দ্বারা জরায়ু মধ্যে ভ্রূণের অবস্থিতি, জরায়ুর সঙ্কোচন ও বিস্ফারণ প্রভৃতি লক্ষণাবলী দেখিতে পান, তাহা হইলে শিশুর পরিসর্পণ দ্বারা গর্ভনির্ণয়ে বিশেষ সাহায্য পাওয়া যায়।

কিষ্টিন।—কোন গর্ভিণীর মূত্র একটী কাচ পাত্রে ধরিয়া রাখিলে অনেক স্থলে তাহার পরবর্ত্তী দ্বিতীয় ও সপ্তম দিবসের মধ্যে তাহার মধ্যভাগে একপ্রকার ঘোলাটিয়া পদার্থ উদ্ভূত হইতে দেখা যায় ;—ক্রমে তাহা মূত্রের উপরিভাগে উঠিয়া শরের ন্যায় লক্ষিত হয় এবং কয়েক দিবসের মধ্যেই ভাঙ্গিয়া গিয়া পাত্রের তলদেশে নামিয়া পড়ে। মূত্রের এই সকল পরিবর্ত্তনকে কিষ্টিন বলা যায়। অণুবীক্ষণ যন্ত্রের দ্বারা পরীক্ষা করিলে কিষ্টিনে চর্ব্বি-বিন্দু, এমনিয়াকো-ম্যাগনিশিয়াম ফস্ফেট্‌স ও লাইম ফস্ফেটের ক্রিষ্ট্যাল এবং প্রভূত পরিমাণে ভাইব্রিয়ণ দেখিতে পাওয়া যায়। ইহা অতিঅনিশ্চিত লক্ষণ ; কেননা অনেক রোগেই মূত্রের এইরূপ পরিবর্ত্তন হইয়া থাকে।

পূর্ব্বোক্ত চিহ্ন ও লক্ষণাবলী ব্যতীত গর্ভিণীর শারীরিক ও মানসিক আরও নানা প্রকার ভাবান্তর হইয়া থাকে। তৎকালে শিরঃপীড়া, বিবমিষা, দৌর্ব্বল্য, আলস্য, অল্প শ্বাসকৃচ্ছ্র প্রভৃতি লক্ষণ পরিস্ফুট হইয়া গর্ভিণীকে প্রায়ই প্রপীড়িত করিতে দেখা যায়। এস্থলে একথা বলা আবশ্যক যে, গর্ভাবস্থা কোন কোন রোগের উত্তেজক কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। কোন শারীরিক বা মানসিক পীড়া বহুকাল ধরিয়া প্রচ্ছন্ন থাকিলে গর্ভসঞ্চারে তাহা উত্তেজিত হইয়া উঠে। এইজন্য সংসত্ত্বাবস্থাকে গর্ভিণীর শারীরিক স্বাস্থ্যের মাণযন্ত্র বলা যাইতে পারে।

পূর্ব্বোল্লিখিত লক্ষণাবলীর মধ্যে ভ্রূণহৃদয়ের স্পন্দনধ্বনি, প্যাল্পেশন দ্বারা জরায়ুর সবিরাম সঙ্কোচন ও তৎসঙ্গে শিশুর অস্তিত্ব ও পরিসর্পণ নিরূপণ এবং ব্যালোটমেঁা এই তিনটীই গর্ভের নিশ্চিত বা নির্ণায়ক লক্ষণ। এস্থলে এই লক্ষণগুলি প্রধানত্ব অনুসারে সন্নিবেশিত হইল। প্রথম প্রস-

বিণীদের স্তনে নিয়মিত ভেলাপড়া ও তৎসঙ্গে দুগ্ধোৎপত্তি চতুর্থ নির্ণায়ক লক্ষণ বলিয়া গৃহীত হইলেও হইতে পারে ; কিন্তু সকল গর্ভিণীর পক্ষেই ইহা সকল সময়ে নিশ্চিত নহে বলিয়া অনেকে ইহাকে সমর্থক বিভাগের অন্তর্নিবিষ্ট করিয়া থাকেন। অবশিষ্ট লক্ষণগুলি সমর্থনকারী।

এ স্থলে এই কথা বলা আবশ্যক যে, সসত্ব বা অসত্ব অবস্থা লইয়া কোনরূপ সন্দেহ বা বিতর্ক উপস্থিত হইলে প্রকৃত অবস্থা নিরূপণ করিবার নিমিত্ত অনেক সময় চিকিৎসক আহূত হইয়া থাকেন। এই বিষয় সিদ্ধান্ত করিতে পারিলে কেবল যে, প্রকৃত অবস্থা নির্ণীত হয়, এমত নহে, সময়ে সময়ে স্ত্রীলোকের সম্মান সম্ভ্রম তাঁহার এই সিদ্ধান্তের উপর সম্পূর্ণ নির্ভর করে। এইজন্য গর্ভের চিহ্ন ও লক্ষণাবলীতে সম্যক্ জ্ঞান থাকা এবং সসত্বাবস্থা নিরূপণে বিশেষ পারদর্শিতা লাভ করা চিকিৎসক মাত্রেরই বিশেষ আবশ্যক। অতি সতর্কভাবে ও সাবধানে পরীক্ষা করা এবং তৎসম্বন্ধে বিশেষ বিবেচনা সহকারে মতামত দেওয়া কর্তব্য। কোন কোন স্ত্রীলোক প্রকৃত গর্ভবতী হইয়াও লজ্জা অথবা অন্য কোন কারণ বশতঃ প্রকৃত অবস্থা গোপন করিবার চেষ্টা করিতে পারেন ; কেহ বা বাস্তবিক সসত্বা না হইয়াও আত্মবিবরণ এরূপ অতিরঞ্জিত করিয়া বলেন যে, তাহাতে বিশ্বাস করিলে চিকিৎসকের সম্পূর্ণ ভুল হইবার সম্ভাবনা। আবার কোন রোগিণী সসত্বা না হইয়াও ভ্রমবশতঃ আপনাকে সসত্বা বলিয়া মনে করিতে পারেন ; হয়ত বয়সাধিক্য প্রযুক্ত এব্ডোমেনের বিবৃদ্ধি, অবরুদ্ধ ঋতুশোণিতে জরায়ুর বিস্ফার, এসাইটিস্, কিম্বা জরায়ু ও অণ্ডাধারের টিউমার বশতঃ, অথবা অপ্রকৃত গর্ভ-প্রযুক্ত কতকগুলি গর্ভসূচক লক্ষণ থাকাতে তিনি আপনাকে সগর্ভা বলিয়া মনে করিতে পারেন এবং এবডোমেনের নিম্নাংশে কোনরূপ কষ্টকর লক্ষণ উপস্থিত হইলে প্রসব-বেদনা উপস্থিত হইয়াছে বলিয়া বিবেচনা করিয়া থাকেন। এরূপ স্থলে চিকিৎসক, গর্ভিণীর ও তাঁহার আত্মীয়বর্গের সমস্ত ভ্রম অপনয়ন করিয়া দেন। অপ্রকৃত গর্ভ হইলে ক্লোরফর্ম্মের সাহায্যে রোগিণীর প্রকৃত অবস্থা নিরূপিত হইয়া থাকে। ক্লোরফর্ম্ম শোঁকাইলে যখন গর্ভিণী অজ্ঞান হয়েন, তখন পেশীসমূহ শিথিল হইয়া পড়ে এবং উদরের ফ্যান্টম বা শূন্য টিউ-মার অদৃশ্য হইয়া থাকে ; পুনর্ব্বার জ্ঞানসঞ্চারে তাহা পূর্ব্ববৎ পরিদৃশ্যমান হয়

সপ্তম অধ্যায়।

গর্ভের স্থিতিকাল।

পুরুষ-সংসর্গের পর ওভামের সহিত স্পার্মেটোজোয়ার সংযোগ ঠিক্ কোন্ সময়ে হয়, তাহা জানা যায় না। তবে সঙ্গমের পরক্ষণেই কোন কোন স্থলে ভ্রূণ অনুপ্রাণিত হইতে পারে। যে সকল স্থলে একবারমাত্র সংসর্গের পরই গর্ভসঞ্চার হইয়াছে, তথায় গড়ে ২৭৫ দিবসে প্রসব-বেদনা আরম্ভ হইতে দেখা যায়। ইতর প্রাণীবর্গের জননেন্দ্রিয়ে স্পার্মেটোজোয়া আট দশ দিবস পর্য্যন্ত সজীবাবস্থায় থাকিতে দেখা যায়। গাভী ও ঘোটকীর একবার মাত্র পুং সংসর্গেই গর্ভাধান হইয়া থাকে, কিন্তু তাহাদিগেরও একটী নির্দ্দিষ্ট সময়ে প্রসব-কার্য্য আরম্ভ হয় না; স্থলবিশেষে তাহা ৪০।৫০ দিনও অতিক্রম করিয়া থাকে। মানবীর গর্ভেও এইরূপ কাল বিপর্য্যয় হইতে দেখা যায়। এইজন্য একবার মাত্র সংসর্গের পর গর্ভ হইলেও সসত্ত্বাবস্থার স্থিতিকাল সম্যক্‌রূপে নির্ণীত হইতে পারে না। শেষ ঋতু সমাপ্তির দিবস ধরিয়াও গণনা হইয়া থাকে। এইরূপ গণনা দ্বারা অনেক স্থলে ২৭৪ হইতে ২৮০ দিবসের মধ্যে প্রসব-কার্য্য সমাপ্ত হইতে দেখা যায়। এই গণনার গড় সংখ্যা ২৭৮ দিবস; এই সংখ্যা গর্ভস্থিতিকালের গড় পরিমাণ বলিয়া পরিগৃহীত হইতে পারে; কিন্তু প্রায়ই ইহার ন্যূনাধিক্য হইতে দেখা যায়। অনেক স্থলেই কয় দিবস অগ্রে বা কয়েক দিন পশ্চাতে গর্ভ সমাপ্ত হইয়া থাকে। আবার শেষ ঋতুবিকাশের অব্যবহিত পরেই গর্ভ না হইয়া পরবর্ত্তী ঋতুনির্দ্দেশক কালের অব্যবহিত পূর্ব্বেই গর্ভাধান হইতে পারে। সচরাচর ২৪।২৫ দিবস ব্যবধানে ঋতু প্রকাশ পায়; সুতরাং ঋতুনির্দ্দেশক দিবসের অব্যবহিত পরে গর্ভসঞ্চার হইলে যদি শেষঋতু সমাপ্তির কাল ধরিয়া গণনা করা যায়, তাহা হইলে গর্ভের স্থিতিকাল ২৪।২৫ দিন বাড়িয়া উঠে। আবার গর্ভাবস্থাতেও ক্রমাগত ২।৩ মাস পর্য্যন্ত

ঋতু হইতে পারে ; তাহাতেও গণনার ভুল হইবার সম্ভাবনা। কিন্তু গর্ভাবস্থার স্থিতিকালের গড় পরিমাণ ২৭৮ দিবস নির্দ্দিষ্ট হইলে, তাহাও কতদিবস বেশি হইতে পারে, তাহা স্থির বলা যায় না। ডাক্তার প্লেফেয়ার বলেন, গর্ভাবস্থা গড়সংখ্যারও ৩।৪ সপ্তাহ অধিক অগ্রসর হইতে পারে, ইহা সম্ভবপর ; কিন্তু গর্ভ যে তাহারও অধিক অগ্রসর হইতে পারে, এরূপ সিদ্ধান্ত নিতান্ত প্রমাদকর। ডাক্তার লিশম্যানের সন্দর্শনে দেখা যায় যে, একবার মাত্র সংসর্গের পরও কোন স্থলে গর্ভ ২৯৫ দিবস পর্য্যন্ত অগ্রসর হইয়াছিল।

কুইক্লিংও গর্ভের স্থিতিকাল নির্ণয়ে কিয়ৎপরিমাণে সহায়তা করে ; সচরাচর ৪র্থ মাসের প্রারম্ভেই কুইক্লিং হইয়া থাকে। কিন্তু কেবল গর্ভিণীর অনুভূতি শক্তি দ্বারা ইহা বোধগম্য হয় বলিয়া ইহার উপর নির্ভর করিয়া গর্ভের স্থিতিকাল অভ্রান্তরূপে নির্দ্ধারণ করিতে পারা যায় না।

গর্ভ সম্ভবতঃ ঠিক কোন্ সময়ে সমাপ্ত হইবে ? এই প্রশ্ন উত্থাপিত হইলে চিকিৎসককে শেষ ঋতু সমাপ্তির দিন হইতে ২৭৮ দিবস গণনা করিতে হয়। ২৭৮ম দিবস যে সপ্তাহে অথবা যে পক্ষের মধ্যকালে পূর্ণ হইবে, সম্ভবতঃ সেই সপ্তাহ, অথবা সেই পক্ষেই প্রসব-বেদনা আরম্ভ হইবে। কিন্তু ঠিক কোন্ দিবসে হইবে, তাহা স্থির বলা যাইতে পারে না। প্রত্যেক ইংরাজী মাসের দিন সংখ্যা নির্দ্দিষ্ট আছে ; কিন্তু অস্মদ্দেশীয় মাসের দিন সংখ্যা সেরূপ নির্দ্দিষ্ট নহে ;* এইজন্য ইংরাজী মাসের হিসাবে গণনা করিতে সুবিধা হয়। ইংরাজীর পর পর স্থিত প্রত্যেক নয়টী মাসে ২৭৫ দিবস থাকে, কেবল ফেব্রুয়ারী যে নয় মাসের ভিতর পড়ে, তাহার গণনায় ২ দিন কম হইয়া থাকে। যে মাসের যে দিবসে ঋতু বন্ধ হয়, সেই মাসের সেই দিবস হইতে নবম মাসের সেই দিবসে ২৭৫ অথবা ২৭৩ দিবস হইয়া থাকে ; সেই সংখ্যায় ৩ বা ৫ দিন যোগ করিলেই ২৭৮ দিন হইয়া থাকে। নবম মাসের যে সপ্তাহের, অথবা যে পক্ষের মধ্যকালে এই ২৭৮ম দিবস পতিত হইবে, সেই সপ্তাহে, বা সেই পক্ষে প্রসব-কাল পতিত হইবার সম্ভাবনা।

প্রসবের প্রকৃত কাল নির্ণয়ে জরায়ুর আয়তন ও গর্ভের অন্যান্য লক্ষণা-স্থলীব উপব দৃষ্টি বাখা কর্ত্তব্য; নতুবা কেবল ঋতুরোধের উপর নির্ভর করিয়া গণনা করিলে বিশেষ ভুল হইবার সম্ভাবনা।

অষ্টম অধ্যায়।

গর্ভকালীন পীড়া ও তাহার চিকিৎসা-প্রণালী।

গর্ভ, সুস্থ ও স্বাভাবিক অবস্থার হইলেও মাতার পক্ষে সময়ে সময়ে অতি দুরূহ ও সঙ্কটকর হইয়া থাকে; গর্ভিণীর কোনরূপ শারীরিক বা মানসিক দৌর্ব্বল্য থাকিলে এইকালে তাহা বর্দ্ধিত বা পরিস্ফুট হইবার অধিক সম্ভাবনা; তাহাতে আবার নানা প্রকার অস্বাস্থ্যকর কারণ উদ্ভূত হইলে মাতা ও গর্ভস্থ শিশু উভয়েরই জীবন বিপন্ন হইয়া উঠে। এইজন্য গর্ভিণীর শারীরিক ও মানসিক স্বাস্থ্যের প্রতি বিশেষ দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য। গর্ভিণীর স্বাস্থ্যের সামান্য ব্যতক্রম হইলে তাহার বিষময় ফল তাঁহার ও ভ্রূণের জীবনে গভীর রূপে প্রতিফলিত হইতে পারে। মাতার স্বাস্থ্যে ভ্রূণের স্বাস্থ্য, মাতার পীড়ায় ভ্রূণের পীড়া; মাতার সহিত ভ্রূণের জীবন দুশ্ছেদ্য সাহানুভূতিক সূত্রে গ্রথিত। মাতৃস্বাস্থ্যের ব্যতিক্রম হইলে স্থলবিশেষে তৎকালে যদিও উভয়ে কোনরূপ প্রকাশ্য পীড়ায় আক্রান্ত না হয়, তথাপি ভবিষ্যৎ পীড়ার বিষময় বীজ এইকালে উপ্ত হইতে পারে; সেই বীজ কালে অঙ্কুরিত হইয়া উভয়েরই জীবন বিপন্ন করিয়া তুলে।

প্রশ্বাসবায়ু দ্বারা দেহের অঙ্গারাম্ল বায়ু বহির্নিঃক্ষিপ্ত হইয়া থাকে; গর্ভাবস্থায় ফুস্ফুসের এই ক্রিয়া বৃদ্ধি পায়। এইজন্য এইকালে গর্ভিণীকে অবাধে বিশুদ্ধ বায়ু অধিক পরিমাণে সেবন করিতে দেওয়া আবশ্যক। যাহাতে গর্ভিণীর ক্লান্তিবোধ না হয়, তাঁহার এরূপ সহজ ও সুখসাধ্য শ্রম করা উচিত; যাঁহাদের মধ্যে অবরোধ-প্রথা প্রচলিত নাই, তাঁহারা বাহিরের আর্ত্তব-প্রভাব হইতে আত্মরক্ষা করিয়া বিশুদ্ধ বায়ু সেবন করিতে সচেষ্ট হইবেন। অথবা যদ্দ্বারা উদরের উপর কোন অনিষ্টকর চাপ প্রদত্ত না হয়, যাহা দ্বারা আর্ত্তব প্রভাব নিবারণ করিতে পারা যায়, তদুপযোগী পরিচ্ছদ

গর্ভকালে পরিধান করা আবশ্যক; এব্‌ডোমেন-প্রাচীর শিথিল থাকিলে উপযুক্ত বন্ধনী প্রযুক্ত হইতে পারে। গর্ভিণী নিয়মিত সময়ে নিদ্রা যাইবেন, উষ্ণ গৃহ, নিশা জাগরণ ও সকল প্রকার উত্তেজনা পরিহার করিবেন। তাঁহার পথ্য সুপাচ্য অথচ পুষ্টিকর ও অনুত্তেজক হওয়া আবশ্যক। বলা বাহুল্য স্বাস্থ্যরক্ষার সর্ব্বপ্রকার নিয়ম পালন করা তাঁহার একান্ত কর্ত্তব্য।

গর্ভাবস্থায় সকল প্রকার পীড়াই সঞ্জাত হইতে পারে, সাধারণ নিয়মানুসারে সেই সকল পীড়ার চিকিৎসা করা আবশ্যক, কিন্তু তৎসমস্তেরই বিষয় অনুশীলন করা এই গ্রন্থের উদ্দেশ্য নহে; তবে যে সকল পীড়া সসত্ত্বাবস্থায় জনিত, অথবা গর্ভাবস্থায় যে সকল পীড়া সঞ্জাত হইলে গর্ভের বিঘ্ন ঘটিবার সম্ভাবনা; কিম্বা গর্ভকালে যে সকল পীড়ার স্বাভাবিক গতির পরিবর্ত্তন হইয়া থাকে, এস্থলে সেই গুলির সম্বন্ধে গুটিকতক কথা বলা যাইতেছে।

পাচন-প্রণালীর পীড়া।

মর্ণিং সিক্‌নেস বা প্রভাত বমন।—গর্ভ প্রযুক্ত গর্ভিণীর পাচন-প্রণালীতে যে সকল পীড়া সঞ্জাত হইয়া থাকে, তন্মধ্যে প্রভাত বমনই প্রধান। প্রাতর্বমনের কারণ ও লক্ষণাবলী ইতিপূর্ব্বে লিখিত হইয়াছে। এই পীড়ার প্রাখর্য্যের তারতম্য দেখিতে পাওয়া যায়। কোন স্থলে সামান্য বমনেচ্ছা, আবার কোথাও বা পাকস্থলীর প্রদাহিত ভাব পর্য্যন্ত উৎপাদিত হইতে পারে। পাকস্থলীতে প্রদাহ হইলে যে সকল লক্ষণ প্রস্ফুটিত হয়, প্রভাত বমনের আতিশয্যে সেই সমস্ত লক্ষণ অল্প বা অধিক পরিমাণে দেখিতে পাওয়া যায়; অতি সামান্য কারণে বিবমিষা বা বমনোদ্রেক হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে এই সকল লক্ষণ গর্ভিণীকে নিরন্তর প্রপীড়িত করে; গর্ভিণী যাহা আহার করেন, তাহা অচিরে উঠিয়া যায়; এমন কি সময়ে সময়ে ভোজ্য ও পানীয় দ্রব্য দর্শনমাত্র তাঁহার বমন উদ্রিক্ত হয়। উদ্বান্ত পদার্থের সহিত অনেক সময় শোণিত মিশ্রিত থাকে; তজ্জন্য ইহার বর্ণ কৃষ্ণাভ হইয়া থাকে; সময়ে সময়ে ইহাকে রক্তাভ বর্ণ ধারণ করিতেও দেখা যায়। গর্ভিণীর এপিগ্যাষ্ট্রীয়াম প্রদেশে বেদনা অনুভূত হইয়া থাকে; তথায় অল্প চাপ প্রদান করিলেই বেদনার আতিশয্য হয়; আবশ্যকীয় পরিমাণে আহার্য্য

দ্রব্য পাকস্থলীতে থাকিতে না পাওয়ায় শরীর ক্রমে শীর্ণ হইতে থাকে; মুখমণ্ডল বিকৃত ও বিশীর্ণ হইয়া পড়ে। ক্রমে মৃদু মৃদু জ্বর প্রকাশ পায়; স্নায়ুমণ্ডলের উত্তেজিত ভাব উৎপাদিত হয়, নিদ্রার ব্যাঘাত ঘটে, এবং জিহ্বা শুষ্ক ও লেপযুক্ত হইয়া পড়ে। এই সকল বিকৃত অবস্থার পরিবৃদ্ধির সহিত দন্তমূলে সর্ডিস্ সংযত এবং জিহ্বার উপবিভাগ পাটল লেপে আচ্ছন্ন হয়। সেই লেপের বর্ণ ক্রমে নিবিড় কৃষ্ণে পরিণত হইয়া থাকে। নাড়ী ক্রমশঃ দুর্ব্বল হইতে থাকে এবং রোগের উপশম না হইলে গর্ভিণী উত্তরোত্তর দুর্ব্বল হইয়া পড়েন; অবশেষে তাঁহার এরূপ শোচনীয় অবস্থান্তর হইতে পারে যে, তাঁহার জীবনের সকল আশা ত্যাগ করিতে হয়।' সৌভাগ্যবশতঃ এরূপ অবস্থান্তর হওয়া অতি বিরল। কোন কোন গর্ভিণী উৎকট বিবমিষা অথবা বমনে অতিশয় প্রপীড়িত হইলেও তাঁহার স্বাস্থ্যের সমধিক হানি হয় না। এরূপ স্থলে হয় ভুক্ত দ্রব্যের কিয়দংশ পাকস্থলীতে থাকিয়া যায়, অথবা তাহা উদ্গীরিত হইবার পূর্ব্বে তাহার কিয়দংশ অতিশীঘ্র পাকাশয়ে শোষিত হইয়া পড়ে।

প্রভাত বমন সামান্য প্রকৃতির হইলে প্রায়ই কোনরূপ চিকিৎসার প্রয়োজন হয় না, কিন্তু উৎকট হইলে তাহার সহিত অন্য কোন অস্বাস্থ্যকর অবস্থা উৎপাদিত হইয়াছে কিনা, তাহা নির্ণয় করিয়া তদুপযোগী চিকিৎসা করা আবশ্যক। তাহা না করিয়া কেবল বিবমিষা বা বমন নিবারণোপযোগী ঔষধাদি প্রয়োগ করিলে চিকিৎসা প্রায়ই সুফলপ্রদ হয় না। মলবদ্ধ অথবা অন্য কোন অস্বাস্থ্যকর অবস্থা থাকিলে ঔষধাদি দ্বারা অগ্রে তাহার বিদূরণ এবং পাচন-ক্রিয়ার উৎকর্ষসাধন করিলেই অনেক সময় পীড়া উপশমিত হইয়া থাকে। প্রাতঃকালে শয্যা হইতে উঠিবার অগ্রে কিছু আহার করিলে বমন নিবারিত হইবার সম্ভাবনা। এইজন্য প্রত্যূষে শয়ান অবস্থাতেই দুই তিন ছটাক দুগ্ধ পান করা আবশ্যক। দুগ্ধের সহিত [illegible] বা সোডাওয়াটার মিশাইয়া দেওয়া যাইতে পারে। সাগুদানা, এরোরুট, বার্লি, চা, কাফি প্রভৃতি সুপাচ্য দ্রব্য প্রয়োজনানুসারে ব্যবহৃত হইয়া থাকে। পাকস্থলীতে অম্লাধিক্য থাকিলে তাহার নিবারণার্থ সোডা, পটাস অথবা লিথিয়া কার্ব্ব প্রভৃতি ক্ষার দ্রব্য প্রয়োজিত হয়। নাইট্রিক বা-

টার্টরিক অম্লের সহযোগে এই সকল ঔষধ এফারভেসেণ্ট বা উদ্বাম্লিত অবস্থায় প্রয়োগ করিলে অধিক ফলপ্রদ হইবার সম্ভাবনা। এই সকল অম্লের প্রক্রিয়ায় কার্ব্বণেট লবণ, সাইট্রেট বা টার্টরেট লবণে পরিণত হয় এবং তাহা হইতে কার্ব্বণিক এসিড গ্যাস উদ্গত হইয়া থাকে। পাকস্থলীতে অগ্রে ক্ষারদ্রব্য প্রবেশিত করিয়া অম্ল খাওয়াইলে, তন্মধ্যে এই রাসায়নিক বিশ্লেষণ সাধিত হয়। কার্ব্বণিক এসিড গ্যাসের স্থানিক স্নিগ্ধগুণ থাকাতে তৎসাহায্যে পাকস্থলীর উত্তেজিত ভাব উপশমিত হইয়া থাকে। গ্র্যানুলার বা দানাকারে প্রস্তুত, এফারভেসেণ্ট সাইট্রেট অব পটাস, সাইট্রেট অব ম্যাগনিশিয়াও প্রয়োগ করা যাইতে পারে। অস্মদ্দেশ অধিক পরিমাণে আর্দ্র বলিয়া এই সকল ঔষধের উদ্বেয় ক্ষমতা শীঘ্র বিনষ্ট হইয়া যায়। ডিনা-ফোর্ডের ফ্লুয়িড ম্যাগ্‌নিশিয়া অল্প অল্প মাত্রায় খাওয়াইলে পাকস্থলীর অম্লত্ব বিদূরিত হয়। এই সকল ঔষধ অধিক মাত্রায় খাওয়াইলে বিরেচকের কার্য্য করিয়া থাকে।

কোন কোন স্থলে কলম্বা, কোয়াশিয়া প্রভৃতি তিক্ত ঔষধের সহিত ক্ষারদ্রব্য প্রয়োজিত হইলে বিশেষ ফল লাভ করিতে পারা যায়। আবার কোন কোন স্থলে মিনারাল এসিড বা ধাতব অম্ল তিক্তদ্রব্যের সহিত মিশাইয়া ব্যবস্থা করিলে বিশেষ কার্য্যকর হইয়া থাকে। প্রভাত বমন কঠিন প্রকৃতির না হইলে এই সকল উপায় দ্বারা প্রায়ই উপশমিত হইতে দেখা যায়।

প্রভাত বমন কঠোর প্রকৃতির হইলে নিম্নলিখিত ঔষধ গুলি দ্বারা উপশমিত হইবার বিশেষ সম্ভাবনা;—অক্‌সেলেট অব সিরিয়ম, হাইড্রোসিএনিক এসিড, ক্রিয়োজোট, স্যালিসিন, ইপেকেকুয়ানা, নক্সভমিকা, বিস্মথ, ও লণ্ডন কার্ম্মাকোপিয়ার অনুমোদিত কম্পৌণ্ড পাইরোক্সাইলিক স্পিরিট। এই সকল ঔষধের কার্য্যফল সকল স্থলে সমান নহে; একস্থলে হয়ত একটী সুফলপ্রদ হইলেও অন্যস্থলে তদ্দ্বারা পীড়ার কিছুমাত্র উপশম হয় না। ব্রিটিশ ফার্ম্মাকোপিয়ার মতে সিরিয়াম অক্‌সেলের মাত্রা ১ গ্রেণ হইতে দুই গ্রেণ পরিমাণে নির্দ্দিষ্ট আছে। কিন্তু ইহা অধিক মাত্রায়—৩ হইতে ৫ গ্রেণ—দিবসে তিনবার ব্যবহৃত না হইলে প্রায়ই বমন নিবারিত হয় না।

একষ্ট্রাক্ট জেন্‌শিয়ান, একেশিয়া, কন্‌ফেকুসিয়েরোজ প্রভৃতি দ্রব্যের সহিত ইহা বটিকাকারে ব্যবহৃত হইয়া থাকে। হাইড্রোসিএনিক এসিড ডাইলিউট ৩।৪ মিনিম মাত্রায় সচরাচর প্রয়োগ করা যায়। পূর্ব্বে যে সকল উদ্বেগ ঔষধের বিষয় লিখিত হইয়াছে, তৎসমুদায়ের সহিত হাইড্রোসিএনিক এসিড খাওয়ান যাইতে পারে। ক্রিয়োজোট রুটির শাঁসের সহিত ১।২ মিনিম মাত্রায় মিশাইয়া বটিকা প্রস্তুত করিয়া, অথবা ব্রিটিষ ফার্ম্মাকোপিয়ার অনুমোদিত মিশ্র আকারে ১।২ ঔন্স মাত্রায় দিবসে ২।৩ বার প্রযুক্ত হইয়া থাকে। স্যালিসিন ৩ হইতে ৫ গ্রেণ মাত্রায় দিবসে তিনবার ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। ইহা আরও অধিক মাত্রায় ব্যবহৃত হইতে পারে। ইহার কার্য্য অতীব অনিশ্চিত। ভাইনাম ইপেকক্ এক মিনিম মাত্রায় ঘণ্টায় ঘণ্টায় কয়েক বার প্রয়োগ করিলে অনেক সময় বিশেষ ফললাভ করিতে পারা যায়। কোন কোন স্থলে অন্যান্য ঔষধ সম্পূর্ণ ব্যর্থ হইলেও অল্পমাত্রা নক্সভমিকা দ্বারা বমি নিবারিত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে বিস্মথ অধিক মাত্রায় ব্যবহৃত না হইলে বিশেষ ফলোদয় হয় না। ডাক্তার প্লেফেয়ার বলেন কম্পোণ্ড পাইরোক্সাইলিক স্পিরিট ৫ মিনিম মাত্রায় সেবন করাইলে কোন কোন স্থলে বমি নিবারিত হইতে দেখা গিয়াছে। কখন কখন অতি অল্প মাত্রায় আর্সেনিক দ্বারা অতি অল্প সময়ের মধ্যেই বমন নিবারিত হইয়া থাকে। স্থল বিশেষে অহিফেন দ্বারা বেশ সুফল লাভ করিতে পারা যায়। অহিফেনের সহিত বেলেডোনা মিশ্রিত করা যাইতে পারে।

পাকস্থলীর অতিশয় উত্তেজনা থাকিলে কেহ কেহ এপিগ্যাষ্ট্রীয়ম প্রদেশে ২।৩টী জলৌকা প্রয়োগ করিতে বিধান দিয়া থাকেন; তাহাতে প্রায়ই সুফল লাভ করিতে পারা যায়। কেবল অহিফেনের সহিত গ্লিসিরিণ অথবা অহিফেন ও বেলেডোনার সহিত গ্লিসিরিণ মিশাইয়া পাকস্থলীর উপরে প্রয়োগ করা যাইতে পারে। অহিফেন ও বেলেডোনার টিঞ্চারে একটু পাতলা কাপড় ভিজাইয়া এপিগ্যাষ্ট্রীয়ম প্রদেশ অবিরত সিক্ত করিয়া রাখিলে হইতে পারে। মর্ফিয়া $\frac{1}{6}$ গ্রেণ পরিমাণে হাইপোডার্ম্মিক রূপে প্রয়োগ করিলে উপকার দর্শিবার সম্ভাবনা। এই সকল উপায়ে সুফল লাভ না

হইলে এপিগ্যাষ্ট্রীয়ম প্রদেশে একটী ছোট ব্লিষ্টার উৎপাদন করিতে পারা যায়; তাহার পর তদুপরি ⅛ গ্রেণ মর্ফিয়া ছড়াইয়া তাহা সজ্জিত করিয়া দেওয়া আবশ্যক। পাকস্থলীতে ঔষধ না থাকিলে ব্রোমাইড অব পটাশিয়ম ও হাইড্রেট অব ক্লোর্যাল কিঞ্চিৎ মিউসিলেজের সহিত মিশাইয়া যদি এনিমা রূপে প্রয়োগ করা যায়, তাহা হইলে অনেক সময় সুফল লাভ হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে মেরুদণ্ডের উপর সার্ভাইক্যাল প্রদেশে চ্যাপম্যানের "আইস ব্যাগ" ২০।৩০ মিনিট ধরিয়া দিবসে দুই তিন বার প্রয়োগ করিলে বমন নিবারিত হইতে পারে। স্থল বিশেষে এই সকল উপায়ই একে একে অবলম্বিত হইলেও পীড়া কিছু মাত্র উপশমিত হয় না; এরূপ স্থলে চিকিৎসক হতাশ হৃদয়ে ইতস্ততঃ করিতে করিতে সৌভাগ্যবশতঃ বার্লি-ওয়াটার, আমানি, মুড়িভিজান জল, ডাবের জল প্রভৃতি কোন একটা সামান্য মুষ্টিযোগের ব্যবস্থা করিয়া ফেলেন; তাহাতে সময়ে সময়ে বিশেষ সুফল-লাভ হইয়া থাকে।

বমন নিতান্ত দুবারোগ্য হইয়া পড়িলে জরায়ুর কোন অস্বাভাবিক অবস্থা সংঘটিত হইয়াছে কিনা, অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা দ্বারা তাহা নির্ণয় করা আবশ্যক। জরায়ুতে কোনরূপ উত্তেজনা থাকিলে অচিরে তাহার দূরীকরণে চেষ্টা করা কর্ত্তব্য। জরায়ুগ্রীবার অস্বাভাবিক শোণিতাধিক্য হইলে বেলেডোনা, অহিফেন স্বতন্ত্র অথবা মিশ্ররূপে গ্লিসিরিণ বা ভেসেলিনের সহিত মিশাইয়া প্রয়োগ করা বিধেয়। ক্ষত থাকিলে অতি সাবধানে স্পেকুলম প্রবেশিত করিয়া নাতিতীব্র নাইট্রেট অব সিল্‌ভার লোশন প্রয়োগ করা যাইতে পারে। জরায়ুগ্রীবার ক্ষত ও প্রদাহিত অবস্থাবশতঃ বমন দুশ্চিকিৎস্য হইয়া পড়িলে ডাক্তার বেনেট ও ক্লে, নাইট্রেট অব সিল্‌ভার পেন্সিল দ্বারা গ্রীবাক্ষত স্পর্শ করিতে বিধান দিয়া থাকেন। এরূপ ব্যবস্থা পালন করা অতীব বিপজ্জনক, এবং অন্যান্য উপায় নিষ্ফল হইলে ইহা অবলম্বন করা আবশ্যক হইয়া উঠে। জরায়ুগ্রীবায় সাতিশয় শোণিতাধিক্য বশতঃ প্রদাহিত ভাব থাকিলে তাহাতে দুই একটী জলৌকা লাগাইতে পারা যায়। জরায়ু স্বভাবতঃ যে ভাবে সংস্থিত থাকে, তাহার ব্যতিক্রম হইলে বমি হইবার সম্ভাবনা; সেরূপ স্থলে জরায়ুকে স্বাভাবিক আসনে

পুনঃস্থাপন পূর্ব্বক উপযুক্ত পেসারীর সাহায্যে তাহা সংরক্ষা করা আবশ্যক। কেহ কেহ বলেন অঙ্গুলি দ্বারা জরায়ুগ্রীবা ধীরে ধীরে বিস্ফারিত করিয়া দিলে উদ্দেশ্য সিদ্ধ হইতে পারে; কিন্তু এরূপ প্রক্রিয়া অতি সাবধানে সম্পাদন করিতে হয়; তাহা না হইলে গর্ভস্রাব হইবার সম্ভাবনা।

বমন কঠোর প্রকৃতির হইলে রোগিণী যাহাতে নিরতিশয় দুর্ব্বল না হয়েন ও যাহাতে ভুক্তদ্রব্য তাঁহার পাকস্থলীতে থাকিতে পায়, তদুপযোগী উপায় অবলম্বন করা আবশ্যক। গর্ভিণীকে শায়িত অবস্থায় রাখিলে তাঁহাকে অনেক পরিমাণে শান্তি দেওয়া হয় এবং দেহে যে সঞ্চিত শক্তি বিদ্যমান থাকে, তাহা অনর্থক ব্যয়িত হইতে পায় না। ভুক্ত দ্রব্য যে পরিমাণে পরিপাক পায়, দেহে সেই পরিমাণে শক্তি উপচিত হইয়া থাকে। কঠিন প্রকৃতির প্রাতর্বমনে আহার্য্য দ্রব্য পাকস্থলীতে অধিক পরিমাণে থাকিতে পায় না; এরূপ স্থলে দেহের সঞ্চিত শক্তির অবশিষ্টাংশ সংরক্ষা করা বিশেষ আবশ্যক। শয্যা পরিত্যাগ করিবার পূর্ব্বে আহার দিবার কথা লিখিত হইয়াছে; পাকস্থলীতে আহার্য্য দ্রব্য অল্প পরিমাণে প্রবেশিত হইলে ইহার পরিমাণ ও গুরুত্ব বশতঃ পাকাশয়ের অধিক উত্তেজনা সাধিত হইতে পায় না; এতদ্ব্যতীত বোধ হয় পাকাশয় কখনই এরূপ পরিমাণে সঙ্কুচিত ও খর্ব্বায়তন হয় না, যে তাহা হইতে সমস্ত ভুক্তদ্রব্যই নিষ্কাশিত হইতে পারে। এইজন্য দুগ্ধ, মাংসের কাথ, মাংসের রস, প্রভৃতি সুপাচ্য ও পুষ্টিকর দ্রব্য এক একবার অল্প অল্প পরিমাণে সেবন করিতে দেওয়া আবশ্যক। কাহার কাহার পাকস্থলীতে গাভীদুগ্ধ থাকিতে পায় না; কিন্তু ছাগদুগ্ধ উঠিয়া যায় না। কুমিশ সরাপ কঠোর প্রকৃতির বমনে প্রযোজ্য। ইহা বমননিবারক ঔষধ ও বলকারক পথ্যরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। এরূপ বিবরণ দেখিতে পাওয়া যায় যে, যে স্থলে পাকাশয় অন্য কোন আহার্য্য দ্রব্যই ধারণ করিতে পারে না, সে স্থলে কুমিশ সেবন করাইলে উদ্বামিত হয় না। এরূপ স্থলে এরোরুট, বার্লি, সাগু ও সুজি প্রভৃতি লঘুপাক দ্রব্য বিশেষ প্রযোজ্য এবং সেই সঙ্গে পেপ্‌সিন ও লেক্টোপেপটিন প্রভৃতি পাচনোদ্দীপক দ্রব্য প্রয়োজিত হইলে ভুক্তদ্রব্যের পরিপাকে বিশেষ সহায়তা করিয়া থাকে। ডিম্বের ইয়োক ও মাংসের গাঢ় কাথ প্রভৃতি পুষ্টিকর দ্রব্য এনিমারূপেও প্রয়োগ করা

যাইতে পারে। কোন্ কোন স্থলে উত্তেজক ঔষধ প্রয়োগ আবশ্যক হইয়া পড়ে ; পোর্টওয়াইন, স্থাম্পেন ও অল্প অল্প মাত্রায় ব্রাণ্ডি এই উদ্দেশে ব্যবহৃত হইতে পারে। উদ্বেয় বলকারক ঔষধ আবশ্যক হইলে সল্‌ফিউরিক ইথার, ক্লোরিক ইথার, স্পিরিট এমোনিয়াএরোমেটিক ব্যবহার্য্য হইয়া উঠে।

উল্লিখিত ঔষধাদির সাহায্যে চিকিৎসা করিয়াও পীড়া প্রশমিত না হইলে এবং তৎসঙ্গে গর্ভিণী ক্রমে ক্রমে সঙ্কটাপন্ন রূপে দুর্ব্বল হইতে থাকিলে গর্ভস্রাবের প্রশ্ন উত্থাপিত হইয়া থাকে। অতি সাবধানে ও সতর্কভাবে চিকিৎসা করিয়াও রোগিণীর কোন উপকার না হইলে এবং গর্ভপ্রযুক্ত তাঁহার শরীর দিন দিন দুর্ব্বল হওয়াতে জীবনীশক্তি নিঃশেষিত হইবার অধিক সম্ভাবনা হইলে, গর্ভ আর অধিক অগ্রসর হইতে দেওয়া উচিত নহে। গর্ভ অগ্রসর হইয়া অকাল প্রসবের কাল উপস্থিত হইলে এ প্রশ্নের মীমাংসা তত কঠিন নহে, কেননা তৎকালে প্রসব হইলে শিশুর বাঁচিবার সম্ভাবনা থাকে। কিন্তু গর্ভস্রাব করিলে শিশুর জীবনাশা তিরোহিত হয়। এইজন্য গর্ভ আর অগ্রসর হইতে দেওয়া হইবে কি না তাহার মীমাংসা করা একটী অতি কঠিন সমস্যা। অতি সাবধানে ও বিশেষ বিবেচনার সহিত এই প্রশ্নের মীমাংসা করা আবশ্যক। গর্ভপাত অধিক বিলম্বে সম্পাদিত হইলে শিশু ও জননী উভয়েরই জীবন সঙ্কটাপন্ন হইবার সম্ভাবনা। এই সকল দুরূহ প্রশ্নের মীমাংসা করিতে অন্য চিকিৎসকের সহিত মন্ত্রণা সাতিশয় বাঞ্ছনীয়। জরায়ু-গহ্বরে "সৌণ্ড" প্রবেশিত করিলে এমনিয়ম থালী ছিঁড়িয়া যায়; তখন এমনিয়ম নির্গত হওয়াতে জরায়ুর বিস্ফারণ কমিয়া আইসে ; সেই সঙ্গে বমিও প্রশমিত হইয়া থাকে। এমনিয়ম নির্গত হওয়াতে জরায়ুর সঙ্কোচন আরম্ভ হয় ; তাহাতে ভ্রূণ ও ফুল নিঃসারিত হইয়া পড়ে। কখন কখন গর্ভস্রাব আপনা আপনি সংঘটিত হইয়া রোগিণীকে অল্প সময়ের মধ্যেই সকল প্রকার কষ্টকর লক্ষণ হইতে মুক্ত করিয়া থাকে।

উদরাময়।—কোন কোন স্থলে ডায়েরিয়া রোগে গর্ভিণী সাতিশয় পীড়িত হইয়া পড়েন। এই পীড়ার আতিশয্যে গর্ভরক্ষার বিঘ্ন জন্মিতে পারে ; অন্ত্রের উত্তেজনায় গর্ভস্রাব বা অকাল প্রসব হইবার সম্ভাবনা। এই পীড়ার কারণ,—বিশেষতঃ ইহা মলরোধ জনিত কিনা, তাহা নিরূপণ করিয়া

তদুপযোগী চিকিৎসা করা বিধেয়। মলবদ্ধই ডায়েরিয়ার প্রকৃত কারণ বলিয়া স্বীকৃত হইলে মৃদু বিরেচক দ্বারা সেই কারণ দূর করা আবশ্যক। বিরেচকের সহিত, অথবা ইহার কার্য্য আবদ্ধ হইবার অব্যবহিত পরে, অহিফেন-ঘটিত ঔষধ আবশ্যকমত ব্যবহৃত হইতে পারে। তৎকালে দ্রবীভূত গন্ধক দ্রাবক, কাইনো, ক্যাটিকু, অহিফেন ঘটিত ঔষধ, ক্লোবডাইন প্রভৃতি ঔষধের দ্বারা ডায়েরিয়া প্রশমিত করিয়া পরে পাচন-প্রণালীর উৎকর্ষ-সাধনোপযোগী ঔষধাদি প্রয়োগ করা বিধেয়। পথ্যের সুব্যবস্থাই ডায়েরিয়া প্রশমনের প্রধান সাধন। লঘু ও পুষ্টিকর পথ্য বিশেষ উপকারী। পাকাশয়ের পাচন-বলের পরিমাণানুসারে আহার্য্য দ্রব্যের পরিমাণ স্থির করা আবশ্যক।

কোষ্টরোধ।—গর্ভিণীকে প্রায়ই কোষ্টরোধ পীড়ায় আক্রান্ত হইতে দেখা যায়। বিবৃদ্ধ জরায়ু-চাপে অন্ত্রমণ্ডলের মলনিঃসারণে বাধা উৎপাদিত হওয়াতে অনেক স্থলে এই পীড়া সঞ্জাত হইয়া থাকে। তৎকালে অন্ত্রের দৌর্ব্বল্য এই পীড়া-উৎপাদনের একটী প্রধান কারণ রূপে কার্য্য করে; তাহাতে আবার সসত্ত্বাবস্থায় শরীর-সঞ্চালনের অভাব এই অবস্থা-উৎপাদনে সহায়তা করিয়া থাকে। অনেকস্থলে ফল শাকাদি উপযুক্ত পরিমাণে খাইলে এবং তৎসঙ্গে অল্প অল্প পরিশ্রম করিলে কোষ্টরোধ প্রশমিত হইতে দেখা যায়। ঔষধের দ্বারা কোষ্টরোধ দূর করিতে হইলে, যে সকল ভেষজ মৃদু বিরেচক ও অন্ত্রত্তেজক এবং যদ্দ্বারা অন্ত্রের বল বর্দ্ধিত হইতে পারে, এরূপ ঔষধ ব্যবস্থা করা আবশ্যক। এই উদ্দেশে পুলনা, হুনায়েডি, ফ্রেড-রিক্‌স হল প্রভৃতি মিনারাল জল প্রয়োজিত হইতে পারে। সিকি গ্রেণ একষ্ট্রাক্ট বেলেডোনার সহিত এক বা দুই গ্রেণ বাইল সল্ট মিশাইয়া বটিকা প্রস্তুত করিয়া প্রাতে ও বৈকালে সেবন করাইলে অনেক সময় সম্যক্‌রূপে মল নিঃসারিত হইয়া থাকে। এ সম্বন্ধে কন্‌ফেক্‌শিয়ো সল্‌ফর, রেউচিনি কম্পোণ্ড অতি নির্দ্দোষ ঔষধ। একষ্ট্রাক্ট নক্সভমিকা ও হায়েসায়ামাসের সহিত অল্প মাত্রায় একষ্ট্রাক্ট কলোসিন্থ কম্পোণ্ড প্রয়োজিত হইতে পারে। গুলকন্দ ও ইসফগুল প্রভৃতি ঔষধ মৃদু বিরেচকরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। নিম্ন অন্ত্রে মল আবদ্ধ থাকিলে সাবানের জল এনিমারূপে ব্যবহৃত হইতে

পারে ; কিন্তু গর্ভের প্রথম অবস্থায় এনিমা পরিহার করা আবশ্যক। গর্ভের শেষভাগে মলরোধ প্রযুক্ত অপ্রকৃত বেদনা প্রভৃতি কষ্টকর লক্ষণ উৎপাদিত হইলে এনিমা দ্বারা তাহা শীঘ্র প্রশমিত হইয়া থাকে ১।

লালানিঃসরণ।—লালানিঃসরণ অল্প পরিমাণে বৃদ্ধি পাইলে প্রায়ই চিকিৎসার প্রয়োজন হয় না। কিন্তু কোন কোন স্থলে ইহা এত বৃদ্ধি পায় যে, গর্ভিণীর মুখগহ্বর হইতে দিবারাত্র অনর্গল নিঃসৃত হইতে থাকে। গর্ভাবস্থায় সমস্ত লালানিঃসারক গ্রন্থিগুলিই উত্তেজিত হইয়া উঠে এবং কোন কোন স্থলে সমগ্র দিবারাত্রের মধ্যে ৩।৪ পাঁইট লালা মুখগহ্বর হইতে বহির্নিঃসৃত হয়। ট্যানিক অম্ল, ফট্‌কিরি, সোহাগা, ক্লোরেট অব পটাস ও ব্রাণ্ডি সঙ্কোচক কুল্লিরূপে ব্যবহৃত হইলে পীড়া প্রশমিত হইবার সম্ভাবনা। সময়ে সময়ে পটাসব্রোমাইড, বেলেডোনা, অহিফেন, ও জেলসিমিয়ম প্রয়োগ করিয়া ফল পরীক্ষা করা যাইতে পারে। লালানিঃসারক গ্রন্থিগুলি বর্দ্ধিত হইয়া উঠিলে তাহাদের উপর টিঞ্চার আয়োডাইন প্রয়োগ করা আবশ্যক। কিন্তু অনেক স্থলে প্রসবের অবসান পর্য্যন্ত এই পীড়া অক্ষুণ্ণ থাকে ; প্রসবান্তে লালানিঃসরণ আপনিই কমিয়া আইসে।

দন্তশূল।—গর্ভিণী দন্তশূলে প্রপীড়িত হইলে ইহার কারণ নিরূপণ করিয়া চিকিৎসা করা আবশ্যক। দন্তে কেরিস থাকিলে কেরিস স্থলে "ষ্টপিঙ্" বা রোধ করিয়া দেওয়া উচিত। দন্তোৎপাটন নিতান্ত আবশ্যক বলিয়া বোধ হইলে তাহা তুলিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য। কেহ কেহ গর্ভাবস্থায় দাঁত তুলিতে,—এমন কি "ষ্টপিঙ্" করিতেও অনুমোদন করেন না। কিন্তু যে স্থলে দন্তশূল দন্তের পীড়া হইতে জনিত, সেরূপ স্থলে দাঁত তুলিয়া ফেলিলে সুফল লাভ করিতে পারা যায়। দন্তে কোনরূপ পীড়া না থাকিলেও কেবল নিউরাল্‌জিয়া প্রযুক্ত দন্তশূল সঞ্জাত হইলে পটাস ব্রোমাইড, জেল-সিমিয়াম, কুইনাইন প্রভৃতি ঔষধে উপকার হইয়া থাকে। কেহ কেহ বিবেচনা করেন, পাকস্থলীর অম্লাধিক্য বশতঃ দন্তে কেরিস উৎপাদিত ও বর্দ্ধিত হয় ; গর্ভাবস্থায় এরূপ অম্লাধিক্য হইলে তাহার নিয়মিত চিকিৎ-

১। অপ্রকৃত বেদনা ও তাহার চিকিৎসা দ্রষ্টব্য।

সার পাকাশয়ের উৎকর্ষ সাধিত হইয়া থাকে, তাহাতে দন্তরোগ বৃদ্ধি হইতে পায় না।

অর্শ।—গর্ভাবস্থায় হিমরয়ডাল নালী সমুদায়ের উপর জরায়ুর চাপ পড়াতে অনেকে অর্শরোগে আক্রান্ত হইয়া থাকেন। এই পীড়া পূর্ব্বাবধি থাকিলে তৎকালে বাড়িয়া উঠে। অন্ত্রমণ্ডলে মল আবদ্ধ থাকিলে এই পীড়ার উৎপাদনে সহায়তা করে। অর্শ গর্ভের সকল অবস্থাতেই হইতে পারে; কিন্তু গর্ভের প্রথম ও শেষ কয়েক মাসে ইহা সচরাচর অধিক এবং অতিশয় কষ্টকর হইয়া উঠে। অর্শ হইলে অন্ত্র হইতে নিয়মিতরূপে মল নিষ্কাশিত করা আবশ্যক; তাহা হইলে সরল অন্ত্রে শোণিত-সঞ্চালনের বাধা কমিয়া আইসে এবং পীড়া প্রশমিত হইয়া থাকে। পীড়া যদি বেদনা-যুক্ত হইয়া উঠে, তাহা হইলে ফোমেণ্টেশন ও পুল্‌টিশ প্রয়োগ করিলে রোগীর যাতনা নিবারিত হয়। অতিশয় শোণিতাধিক্য হইলে মলদ্বারের চারিধারে জলৌকা প্রয়োগ করা যাইতে পারে। কখন কখন পাছ্ চার করিয়া কিয়ৎপরিমাণে শোণিত নিঃসারিত করিয়া দিলে যন্ত্রণা প্রশমিত হইয়া থাকে। সিম্পল অয়েণ্টমেণ্ট কিম্বা ভিসেলিনের সহযোগে কিঞ্চিৎ অহিফেন অথবা মর্ফিয়া স্থানিক প্রয়োগ রূপে ব্যবহৃত হইতে পারে। কম্পোণ্ড গল অয়েণ্টমেণ্ট উৎকৃষ্ট অবলেহের কার্য্য করিয়া থাকে। অধিক শোণিত নিঃসারিত হইলে হামামেলিস,—ইহার টিঞ্চার অথবা বীর্য্যও আবশ্যকমত জলের সহিত মিশ্রিত করিয়া অর্শস্থলে প্রয়োজিত হইতে পারে। এই ঔষধ দ্বারা উক্তরূপ শোণিত-নিঃসরণ সম্যক্‌রূপে উপশমিত হইয়া থাকে।

গর্ভাবস্থায় প্রভাত বমন, ডায়ারিয়া ও কোষ্টবোধের সহিত নানাপ্রকার পাককৃচ্ছ্র প্রায়ই ঘটিয়া থাকে। সময়ে সময়ে ঐ সকল পীড়া না থাকিয়াও পাককৃচ্ছ্র ঘটিতে দেখা যায়। রোগিণী কখন কখন অজীর্ণতা, অম্লাধিক্য, অন্ত্রে বায়ুজনিত উদরাধ্মান, প্রভৃতি পীড়ায় প্রপীড়িত হইয়া থাকেন; এরূপ হইলে প্রত্যেক স্থলে পীড়ার প্রকৃতি নির্ণয় করিয়া তাহার বিদূরণে চেষ্টা করা আবশ্যক। তাহা না করিলে গর্ভাবস্থায় অনেক সময় দেহ জীর্ণ হইয়া পড়ে এবং পীড়া দৃঢ়ীভূত হইলে প্রসবান্তে তাহার আরোগ্যসাধন কঠিন হইয়া

উঠে। পাকপ্রণালীর কার্য্যের উৎকর্ষ সাধন করিবার নিমিত্ত নিয়মিতরূপে অন্ত্রমণ্ডলের মলনিঃসরণ হওয়া আবশ্যক। এইজন্য প্রয়োজন হইলে মধ্যে মধ্যে মৃদু বিরেচক ঔষধাদি প্রয়োগ করিতে হয়। রোগিণীকে সুপাচ্য ও বলকারক আহার দেওয়া কর্ত্তব্য। "মিনারেল এসিড" বিস্‌মথ ও যে সমস্ত ভেষজাদির বিষয় প্রভাত-বমনের চিকিৎসা-বর্ণনকালে লিখিত হইয়াছে, পাকপ্রণালীর উৎকর্ষ সাধন করিবার জন্য আবশ্যকমত তৎসমুদায় ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

শ্বাসপ্রণালীর পীড়া।

গর্ভাবস্থায় স্নায়বিক আক্ষেপান্বিত কাশী সময়ে সময়ে অতীব কষ্টকর হইয়া থাকে; অনেকস্থলে এই পীড়া প্রত্যাবর্ত্তকক্রিয়া দ্বারা সমুদ্ভূত। কাশী স্নায়বিক কারণে সঞ্জাত হইলে শ্বাসকৃচ্ছ্রের সহিত শারীর তাপ বৃদ্ধি হয় না, এবং চেষ্টগহ্বরে কোনরূপ প্রদাহিত ভাব প্রকাশ পায় না। এরূপ স্থলে আক্ষেপ-নিবারণোপযোগী ঔষধে উপকার হইতে পারে। ক্লোরিক ইথার, সল্‌ফুরিক ইথার, ভ্যালিরিয়ান, লোবিলিয়া, বেলেডোনা, পটাস ব্রমাইড প্রভৃতি ঔষধ প্রয়োজিত হইয়া থাকে। কিন্তু প্রসব না হইলে এরূপ কাশী ও শ্বাসকৃচ্ছ্র প্রায়ই সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হয় না।

বিবর্দ্ধমান জরায়ুর ঊর্দ্ধ চাপে চেষ্টগহ্বরের আয়তন কমিয়া যাওয়াতে গর্ভিণী পূর্ণশ্বাস লইতে পারেন না; তাঁহার চলিতে ফিরিতে কষ্ট হয়। গর্ভের শেষ কয়েক দিনে জরায়ু নামিয়া পড়াতে এই কষ্ট কমিয়া যায়। জরায়ুর এই ঊর্দ্ধ চাপের সহিত মলবোধ, অজীর্ণতা ও অন্ত্রে বায়ুপূর্ণতা প্রভৃতি পীড়া থাকিলে শ্বাসপ্রশ্বাসের আরও অধিক ব্যতিক্রম হইয়া থাকে। গর্ভিণীর কষ্ট নিবারণার্থ এই সকল আনুষঙ্গিক পীড়ার উপশমন এবং তৎসঙ্গে এবডোমেনের উপর পরিধেয় বসন শিথিল ভাবে পরিধান করা আবশ্যক।

শোণিত ও শোণিত-সঞ্চালন-প্রণালীর পীড়া ।

গর্ভাবস্থায় স্বভাবতঃ কিয়ৎপরিমাণে এনিমিয়া ও হাইড্রিমিয়া সংঘটিত হইয়া থাকে ;—শোণিতের জলীয় অংশ, এবং ফাইব্রিণের ও শ্বেত কণিকার পরিমাণ বৃদ্ধি পায় ; লবণ ও এল্‌বুমেনের অংশ এবং লাল কণিকার সংখ্যা কমিয়া আইসে। এই সকল পরিবর্ত্তন অধিক পরিমাণে হইলে পীড়া বলিয়া পরিগণিত হয়। যে স্থলে পীড়া দুরূহ বা দুষ্ট প্রকৃতির হইয়া পড়ে, সেরূপ স্থলে এনিমিক অবস্থা প্রায়ই গর্ভের পূর্ব্ব হইতেই বিদ্যমান থাকে। কোন কোন স্থলে গর্ভাবস্থাতেই পীড়া সঞ্জাত হইয়া অল্প দিবসের মধ্যেই দুরূহ ভাব অবলম্বন করে এবং গর্ভিণীর জীবন সঙ্কটাপন্ন করিয়া ফেলে। পীড়া কঠিন প্রকৃতির হইলে হৃৎপিণ্ডের এনিমিক ক্রয়ি, সার্ব্বাঙ্গিক শোথ ও শিরঃ-পীড়া প্রভৃতি দুর্লক্ষণ সমুদ্ভূত হইতে দেখা যায়। এনিমিক অবস্থা প্রশমিত হইতে আরম্ভ হইলে অনেক স্থলে শিরঃপীড়া প্রকাশ পাইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে মাথার কেবল একপাশে বেদনা হইতে দেখা যায়। এনিমিয়া-জনিত শোথ প্রায়ই প্রথমে পদযুগলে পরিস্ফুট হয়, পরে সমস্ত শরীরে পরিব্যাপ্ত হইয়া পড়ে ; সেই সঙ্গে গহ্বর সমূহে জলীয় অংশ প্রস্রুত হইতে থাকে। প্রসবান্তে প্রস্রুত সিরম্ যখন অধিক পরিমাণে শোষিত হয়, তৎ-কালে ফুস্‌ফুস্ ও স্নায়ুকেন্দ্র সমুদায়ে প্রদাহিত ভাব উৎপাদিত হইবার সম্ভাবনা। শোথ এল্‌বুমিনেরিয়া প্রযুক্ত সঞ্জাত হইলে স্ফীতভাব প্রথমে মুখমণ্ডলে প্রকাশ পায়। জরায়ু-চাপপ্রযুক্ত নিম্নশাখাদ্বয় হইতে শোণিত সুচারুরূপে প্রত্যাবর্ত্তিত না হইতে পারিলে নিম্নশাখা ও ভল্‌ভা প্রভৃতি স্থলে প্রায়ই ইডীমা সঞ্জাত হইয়া থাকে। গর্ভের শেষ ভাগে এরূপ ইডীমা অল্প বা অধিক পরিমাণে প্রায়ই ঘটিতে দেখা যায়।

এনিমিয়ার চিকিৎসায় বিশেষ বিবেচনা সহকারে লঘু ও সুপাচ্য পথ্য ব্যবস্থা করা আবশ্যক ; তৎকালে রোগিণীকে বিশ্রাম এবং প্রচুর পরিমাণে বিশুদ্ধ বায়ু সেবন করিতে দেওয়া বিধেয়। সেই সঙ্গে যাহাতে অন্ত্রমণ্ডলের কার্য্য সম্যক্‌রূপে নিয়মিত এবং পাচনবলের উন্নতি সুচারুরূপে সাধিত হয়,

তদ্বিষয়েও দৃষ্টি রাখা একান্ত কর্ত্তব্য। এই অবস্থায় লৌহঘটিত ঔষধে বিশেষ উপকার দর্শিয়া থাকে। এইজন্য লাইকার ফেরাই ডায়ালাইজেটা, ল্যাকটেট অথবা কম্ফেট অব আয়রণ, টিঞ্চার ফেরি পার্ক্লোরাইড এই উদ্দেশ্যে প্রায়ই ব্যবহৃত হয়। ফলশ্বা বা কোয়াশিয়ার সহযোগে এই সকল ঔষধ প্রয়োগ করা যাইতে পারে। পাচনপ্রণালীর কোন অংশে কোনরূপ উত্তেজনা থাকিলে লৌহ প্রয়োগ করিবার পূর্ব্বে তাহা বিদূরিত করা আবশ্যক। কিন্তু ইহা সকল স্থলেই একান্ত বিধেয় নহে; কেননা এরূপ অবস্থা সত্ত্বেও কোন কোন স্থলে লৌহ প্রয়োগে আশু উপকার দর্শিয়া থাকে। স্থল বিশেষে ফস্ফরস ও আর্সেনিকে বিশেষ উপকার হইতে দেখা যায়। দেহের শোথ বিদূরণার্থ মূত্র ও ঘর্ম্ম নিঃসারক ঔষধ প্রয়োজিত হইয়া থাকে। আবশ্যক হইলে মৃদু বিরেচকও ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। এই রোগে প্রচুর বসন দ্বারা রোগিণীকে আচ্ছাদিত রাখা একান্ত আবশ্যক। শোথের আধিক্য হইলে কোন কোন স্থলে পাঙ্কচার দ্বারা কিয়ৎপরিমাণে সিরম নিঃসারিত করা আবশ্যক হইয়া পড়ে।

প্যাল্পিটেশন বা হৃৎকম্প ও সিঙ্কোপ।—হৃৎপিণ্ডের দৌর্ব্বল্য ও কার্য্যবিকার বশতঃ হৃৎকম্প ও মূর্চ্ছা সমুদ্ভূত হইতে পারে। দেহের এনিমিক ও হাইড্রিমিক অবস্থা অনেক স্থলে এই সকল পীড়ার কারণ রূপে কার্য্য করিয়া থাকে। জরায়ুর ঊর্দ্ধ চাপে ও স্নায়বিক কারণেও এই পীড়া সঞ্জাত হইতে পারে। কুইক্নিঙের সময় মূর্চ্ছা হইবার অধিক সম্ভাবনা। যাঁহারা স্বভাবতঃ স্নায়বিক প্রকৃতিবিশিষ্ট, প্রায় তাঁহাদেরই মূর্চ্ছা হইয়া থাকে। মূর্চ্ছা হইলে অনেক স্থলে রোগিণী সংজ্ঞাশূন্যা হয়েন না, অবসন্ন হইয়া পড়েন, তৎকালে তাঁহার হৃৎপিণ্ড দুর্ব্বলভাবে কার্য্য করিতে থাকে এবং পিউপিলযুগল বিস্ফারিত হইয়া উঠে। প্রায়ই কয়েক মিনিট পরে মূর্চ্ছাভাব অপনীত হয়। কোন কোন স্থলে এই রোগ উপর্য্যুপরি প্রকাশ পায় এবং প্রত্যেক আক্রমণে রোগিণীকে অনেকক্ষণ পর্য্যন্ত নিপীড়িত করিয়া থাকে। রোগিণী প্রকৃতিস্থ হইবামাত্র অনেক স্থলে আর্ত্তস্বরে ক্রন্দন করিয়া উঠে;—হঠাৎ ইহা দেখিলে হিষ্টিরিয়া রোগ বলিয়া ভুল হইবার সম্ভাবনা।

রোগিণী মূর্চ্ছিতা হইলে তাঁহাকে উত্তানভাবে শায়িত করিয়া তাঁহার মস্তক নিম্নে রাখা আবশ্যক এবং যাহাতে তাঁহার শ্বাসকার্য্য অবাধে সাধিত হয়, তদ্বিষয়ে লক্ষ্য রাখা একান্ত কর্ত্তব্য। এই কালে এমোনিয়া, ব্রাণ্ডি, ইথর প্রভৃতি উত্তেজক ঔষধ ব্যবহার করিতে হয়। তৎসঙ্গে রোগিণীকে বিশ্রাম-সুখ সম্ভোগ করিতে দেওয়া আবশ্যক। অনেক স্থলে গর্ভিণীকে স্থিরভাবে শায়িত রাখিয়া দুগ্ধ ও মাংসের ক্বাথ প্রভৃতি সুপাচ্য আহার্য্য দ্রব্য অল্প অল্প পরিমাণে সেবন করাইলে মূর্চ্ছাভাব অপনীত হইয়া থাকে। মূর্চ্ছা ঘন ঘন হইলে মেরুদণ্ডের উপর "আইস ব্যাগ" প্রয়োগ করিলে উপকার দর্শিতে পারে। মূর্চ্ছার অপগমে পীড়ার কারণ নির্দ্দেশ করিয়া তদুপযোগী চিকিৎসা বিধান করা আবশ্যক।

নিম্নশাখায় শোথ ও ভেরিকোজ ভেন।—জরায়ুর চাপে শোণিতের প্রত্যাবর্ত্তন-ক্রিয়া সুচারুরূপে সাধিত হইতে না পারিলে নিম্ন-শাখা, যোনি ও ভল্‌ভা প্রভৃতি স্থলে অল্প বা অধিক পরিমাণে শোথ উৎপাদিত হইয়া থাকে। এই শোথের সহিত যদি এল্‌বুমিনিউরিয়া না থাকে, তাহা হইলে বিশেষ ভয়ের কারণ নহে, রোগিণীকে শায়িত অবস্থায় রাখিলেই অনেক স্থলে পীড়ার উপশম হইয়া থাকে। পটবন্ধনীদ্বারা জরায়ু উত্তোলিত করিয়া রাখিলেই শিরা সমুদায়ের উপর চাপ কমিয়া যায়। সময়ে সময়ে আবদ্ধ শোণিত-চাপে শিরাসমূহ বিস্ফারিত হইয়া ভেরিকোজ হইয়া পড়ে, এবং পূর্ব্ব হইতে শিরা সকলের ভেরিকোজ অবস্থা থাকিলে তাহা বাড়িয়া উঠে। ভেরিক্সের প্রশমনার্থ পটবন্ধনী আবশ্যক। ইলাষ্টিক ব্যাণ্ডেজ দ্বারা এই উদ্দেশ্য সম্যকরূপে সাধিত হইয়া থাকে। শিরা-মধ্যে শোণিত আবদ্ধ ভাবে থাকাতে জমাট বাঁধিতে পারে,—তাহাতে স্থানিক উত্তেজিত ভাব উৎপাদিত হইয়া থাকে। তখন বেলেডোনা ও অহিফেন প্রভৃতি ঔষধ এবং ফোমেণ্টেশন প্রয়োগ করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। কোন কোন স্থলে শিরা বিদীর্ণ হইয়া শোণিত নিঃসৃত হয়; বিদীর্ণ স্থলে চাপ প্রদান করিলে শোণিতস্রাব বন্ধ হইতে পারে। কেবল চাপে কার্য্য সিদ্ধ না হইলে ছিন্ন স্থলে টিঞ্চার ষ্টিল প্রয়োগ করিয়া চাপ প্রদান আবশ্যক হইয়া উঠে। বিচ্ছিন্ন শিরা হইতে সেল্যুলার টিসু সমূহে শোণিত

প্রস্রুত হইতে পারে। ভ্যাজাইনা ও ভল্‌ভার শিরা বিদীর্ণ হইয়া ঐরূপে শোণিত নির্গত হইলে, তাহাকে তত্তৎস্থলের থ্রম্বস্ অথবা হিমাটোসিল্ বলা যায়। সেল্যুলর টিসুমধ্যে রক্ত প্রস্রুত হইলে অতি সাবধানে চিকিৎসা করা আবশ্যক। প্রত্যেক স্থলেই চিকিৎসা স্থানিক ও সার্ব্বাঙ্গিক অবস্থার উপর নির্ভর করে। থ্রম্বস্ সামান্যরূপ হইলে,—বিশেষতঃ ইহা ক্রমশঃ শক্ত হইয়া আসিলে—প্রায়ই আপনি সারিয়া যায়; কিন্তু ইহার আয়তন বৃহৎ হইলে এবং অভ্যন্তরস্থ শোণিতের অধিকাংশ তরল থাকিলে, অতি সতর্কতা সহকারে চিকিৎসা করা আবশ্যক। সাধারণ টিউমার বর্দ্ধিতায়তন হইলেও যদি তাহার সহিত স্থানিক বা সার্ব্বাঙ্গিক কোন দুরূহ লক্ষণ না থাকে, তাহা হইলে প্রকৃতির উপর নির্ভর করিয়া সতর্কভাবে পীড়ার গতি পর্য্যবেক্ষণ করা কর্ত্তব্য। যখন দেখিতে পাওয়া যায় যে, প্রস্রুত শোণিত টিসুসমূহে প্রগাঢ় উত্তেজনা সাধন করিতেছে, অথবা ক্রমাগতই অভ্যন্তরীণ শোণিতস্রাব হইতেছে, সেরূপ স্থলে অবিলম্বে তাহা কর্ত্তন করিয়া রক্তের জমাটগুলি নিঃসারিত করিয়া দেওয়া এবং শোণিতস্রাব বন্ধ করিবার উপায় অবলম্বন করা অবশ্য কর্ত্তব্য হইয়া উঠে। শোণিতস্রাব বন্ধ করিবার নিমিত্ত টিঞ্চার ফেরিপারক্লোরাইডে লিণ্ট বা তুলা ভিজাইয়া ক্ষত-গহ্বরের মধ্যে প্রবেশিত করিয়া কৌশল ক্রমে তদুপরি চাপ প্রদান করা আবশ্যক। পুরাতন হিমাটোসিল দ্বারা প্রসবের বিঘ্ন উৎপাদিত হইবার সম্ভাবনা থাকিলে তাহা কাটিয়া দেওয়া একান্ত কর্ত্তব্য।

জেনিটো-ইউরিনারী প্রণালীর পীড়া।—গর্ভাবস্থায় এলবুমিনিউরিয়া পীড়া বিরল নহে। এই পীড়া অনেক স্থলে প্রসবান্তে আপনিই বিদূরিত হইয়া থাকে। রিণাল শিরাদ্বয়ের উপর জরায়ুর চাপ পড়াতে মূত্রগ্রন্থিতে অস্বাভাবিক শোণিতাধিক্য হইয়া পড়ে, তাহাতে প্রস্রাবের সহিত এলবুমেন নিঃসৃত হইতে দেখা যায়। প্রথম গর্ভিণীদিগের এবডোমেন-প্রাচীর অপেক্ষাকৃত কঠিন থাকাতে, বহুপ্রসবিনীদিগের অপেক্ষা তাহাদের এলবুমিনিউরিয়া পীড়া অধিক হইয়া থাকে। গর্ভাবস্থায় শোণিতে নিক্ষাশ্য পদার্থ অধিক পরিমাণে থাকিয়া এই রোগোৎপাদনের একটী প্রধান কারণরূপে কার্য্য করে। সম্ভবতঃ জরায়ুর চাপ ও শোণিতে নিক্ষাশ্য পদার্থের

আধিক্য এই দুইটী প্রধান কারণরূপে একত্রে কার্য্য করিয়া পীড়া উৎপাদন করিয়া থাকে; কেননা অনেক স্থলে কেবল রিণাল শিরার উপর ডিম্বকোষীয় অর্ব্বুদ ও জরায়ুর ফাইব্রয়েড টিউমারের চাপে এল্‌বুমিনিউরিয়া সঞ্জাত হয় না। হৃৎপিণ্ডের হাইপারট্রফি এবং বর্দ্ধিত শোণিত চাপও এই পীড়ার উৎপাদনে সহায়তা করে। অনেক স্থলে উক্তবিধ কারণ সমুদায় একত্রে বিদ্যমান থাকিলেও এল্‌বুমিনিউরিয়া উৎপন্ন হইতে দেখা যায় না; কিন্তু তাহার উৎপাদনে অন্য কোন কারণ লক্ষিত হইয়া থাকে;—সেরূপ স্থলে শৈত্য প্রয়োগে অথবা অন্য কোন অনিয়মে অভ্যন্তরীণ শোণিতাধিক্য সাধিত হইয়া উত্তেজক কারণরূপে কার্য্য করিয়া পীড়া উৎপাদন করিয়া থাকে। এল্‌বুমিনিউরিয়া দীর্ঘকালস্থায়ী হইলে ব্রাইটের পুরাতন পীড়ায় পরিণত হইতে পারে। এইজন্য গর্ভের প্রথম কয়েক মাসে এই পীড়া সঞ্জাত হইলে অধিক বিপজ্জনক হইয়া পড়ে; সেরূপ অবস্থায় তাহা অপ্রতিবিধেয় হইবার অধিক সম্ভাবনা। এতদ্ব্যতীত এই রোগে এক্লাম্পসিয়া, পক্ষাঘাত, শিরঃপীড়া প্রভৃতি সঙ্কটময় স্নায়বিক বিপর্য্যয় উদ্ভাবিত হইতে পারে এবং দেহের দূষিত অবস্থা প্রযুক্ত সামান্য উত্তেজক কারণে গর্ভস্রাব হইবার সম্ভাবনা।

লক্ষণ।—শোথ এলবুমিনিউরিয়া রোগের একটী প্রধান লক্ষণ। শোথের সহিত শোণিতের হাইড্রিমিক অবস্থা অধিক বা অল্প পরিমাণে বিদ্যমান থাকিতে পারে। হাইড্রিমিক রোগে শোথ জন্মিতে পারে, তদ্বিষয় পূর্ব্বে লিখিত হইয়াছে। এই শোথ প্রায়ই দেহের নিম্ন শাখাদ্বয়ে আরম্ভ হইয়া ক্রমে সমস্ত দেহে পরিব্যাপ্ত হয়। কিন্তু এল্‌বুমিনিউরিয়ার শোথ প্রথমে মুখমণ্ডলে ও দেহের উর্দ্ধ শাখাদ্বয়ে প্রকাশ পাইয়া ক্রমে দেহের অন্যান্য স্থলে বিস্তৃত হইতে থাকে।

গর্ভাবস্থায় শোথ থাকিলেই প্রস্রাব পরীক্ষা করিয়া দেখা একান্ত কর্ত্তব্য। এল্‌বুমিনিউরিয়ায় প্রস্রাবের পরিমাণ কমিয়া যায়। মূত্রগ্রন্থিতে কেবল শোণিতাধিক্য থাকিলে মূত্রে এল্‌বুমেন ব্যতিরেকে অন্য কোন অস্বাভাবিক উপাদান প্রায়ই বিদ্যমান থাকে না; সময়ে সময়ে তাহাতে শোণিতের লালকণা, এমন কি "হায়ালিন কাষ্টও" থাকিতে পারে। কিন্তু পীড়া পুরাতন হইলে, ব্রাইটের পুরাতন পীড়াসূচক প্রস্রাবের সকল পরিবর্ত্তনই

ইহাতে লক্ষিত হইয়া থাকে। তৎকালে শোণিত, মূত্রগ্রন্থির নালীসমুদায় হইতে অপজনিত সেল এবং "কাইব্রিণাস কাষ্টও" মূত্রের সহিত নিঃসৃত হইতে দেখা যায়। কোন কোন স্থলে মূত্রে এল্‌বুমেন সত্ত্বেও যদি দেহে অন্যান্য নিঃস্রবণ প্রস্রবণের কার্য্য সম্যকরূপে হইতে থাকে, তাহা হইলে দেহে শোথ না থাকিতে পারে, এবং গর্ভিণীকে বেশ সুস্থ ও সবল বলিয়া জ্ঞান হয়; কিন্তু ক্রমে শিরঃপীড়া, দৃষ্টির বৈলক্ষণ্য প্রভৃতি স্নায়বিক লক্ষণ প্রকাশ পাইয়া দেহে গূঢ় রোগের অস্তিত্ব সম্বন্ধে আশঙ্কা উৎপাদন করিয়া থাকে। এই সকল স্নায়বিক লক্ষণ এক্লাম্পসিয়া রোগের পূর্ব্বলক্ষণ হইতে পারে। এক্লাম্পসিয়া রোগের বিষয় স্থানান্তরে বর্ণিত হইবে।

চিকিৎসা।—এল্‌বুমিনিউরিয়া রোগের চিকিৎসা বড়ই কঠিন। মূত্রগ্রন্থিতে শোণিতাধিক্য হইলে তাহার নিবারণার্থ কটিদেশে "ড্রাই কপিঙ" "ফোমেণ্টেশন" ও "মষ্টার্ড প্ল্যাষ্টার" প্রয়োগ আবশ্যক হইয়া পড়ে। অন্যান্য নিঃস্রবণ ও প্রস্রবণের পরিবর্দ্ধন ও উৎকর্ষ সাধন করিলে মূত্রগ্রন্থির নিষ্কাশ্য পদার্থও নিঃসারিত হইতে পারে, এইজন্য, অন্ত্রমণ্ডলের মল যাহাতে নিয়মিত রূপে নিষ্কাশিত হয়, তদ্বিষয়ে দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। শোণিতের দূষিত পদার্থ যথানিয়মে কিয়ৎপরিমাণে নিঃসারিত করিবার নিমিত্ত "সিড্‌লিজ পৌডার" অল্প মাত্রায় দেওয়া যাইতে পারে। কিন্তু যে সকল বিরেচক দ্বারা অন্ত্রমণ্ডলের উদ্দীপনা হয়, তাহা আদৌ ব্যবহার করা অবিধেয়। স্বেদ-নিঃসারক ঔষধ দ্বারা ত্বকের কার্য্য বৃদ্ধি করা আবশ্যক। এই উদ্দেশে "ভেপর বাথ" বা বাষ্পাভিষেক ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। যে সকল ঔষধ-দ্বারা মূত্রগ্রন্থি উদ্দীপিত হইবার সম্ভাবনা, বিশেষ বিবেচনার সহিত তৎসমুদায় পরিহার এবং অনুদ্দীপক মূত্রনিঃসারক ঔষধ প্রয়োগ করা কর্ত্তব্য। এই উদ্দেশে এসিটেট অব পটাস ও নাইট্রিক ইথার নিরাপদে প্রযুক্ত হইতে পারে। এ সম্বন্ধে ডিজিটেলিস বিশেষ উপকারী; কোন লৌহঘটিত ঔষধের সহিত ডিজিটেলিস প্রয়োগ করিলে সুফল লাভ হইয়া থাকে। সুপাচ্য অথচ পুষ্টিকর পথ্য ব্যবস্থা করা উচিত। এলবুমিনিউরিয়ার চিকিৎসায় দুগ্ধই প্রধান পথ্য; ইহার ঘৃতাংশ যতদূর সম্ভব তুলিয়া লওয়া কর্ত্তব্য। এই রোগে দুগ্ধ আহার ও ঔষধ উভয় প্রকারেই কার্য্য করিয়া থাকে। ইহা

মৃদু মূত্রনিঃসারক রূপে কার্য্য করে; অথচ ইহা দ্বারা শরীরের পুষ্টি সাধিত হইয়া থাকে।

এলবুমিনিউরিয়া পীড়া মাতা ও শিশু উভয়ের পক্ষেই বিশেষ বিপজ্জনক। এই রোগে অনেক স্থলেই গর্ভস্রাব হইয়া থাকে। ইহার আক্রমণে যাহাতে মাতার জীবন বিপন্ন না হয়, যাহাতে ইহা ব্রাইটের পুরাতন পীড়ায় পরিণত না হয়, তজ্জন্য সময়ে সময়ে অকাল প্রসব সাধন করা আবশ্যক হইয়া উঠে। এলবুমিনিউরিয়ার উপর এক্লাম্পসিয়া বা পক্ষাঘাত রোগের লক্ষণ বিদ্যমান থাকিলে অকাল প্রসব অনিবার্য্য হইয়া পড়ে।

মূত্রাবরোধ।—জরায়ু স্থানচ্যুত হইয়া মূত্রাশয়ের গ্রীবার উপর চাপ প্রদান করাতে মূত্রাবরোধ ঘটিতে পারে,—ইহাতে প্রস্রাব মূত্রগ্রন্থি হইতে প্রস্তুত হইয়া ব্ল্যাডার মধ্যে আবদ্ধ হইয়া পড়ে; বহির্নিঃসারিত হইতে পায় না। জরায়ুর পশ্চাদবনমনে এই অবস্থা প্রায়ই ঘটিয়া থাকে। প্রস্রাব আবদ্ধ হইয়া পড়িলে অচিরে ক্যাথিটার দ্বারা তাহার বহির্নিঃসারণ, এবং জরায়ুর স্থানচ্যুতি থাকিলে তাহা বিদূরণ করা আবশ্যক। তাহা না করিলে মূত্রাশয়ে প্রদাহ এবং নানা প্রকার মূত্রকৃচ্ছ্র উৎপাদিত হইতে পারে।

ইন্‌কণ্টিনেন্স অব ইয়ুরিন্।—বহুপ্রসবিনীদিগের প্রস্রাবের "ইন্‌কণ্টিনেন্স" বা অসংযতি প্রায়ই ঘটিয়া থাকে,—মূত্রাশয় হইতে প্রস্রাব অবিরত বিন্দু বিন্দু করিয়া নিঃসৃত হইতে থাকে। এবডোমেন-প্রাচীরের শিথিলতা প্রযুক্ত জরায়ু সম্মুখে অবনত হইয়া মূত্রাশয়ের উপর চাপ প্রদান করাতে অনেক স্থলে এই অবস্থা উৎপাদিত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে প্রস্রাব ক্রমাগত বিন্দু বিন্দু নিঃসৃত হয় না, কিন্তু গর্ভিণী চলিতে ফিরিতে আরম্ভ করিলে এককালে নির্গত হইয়া পড়ে। এই অবস্থার বিদূরণার্থ এবডোমেনের উপর পটবন্ধনী প্রয়োগ দ্বারা জরায়ুকে উত্তোলিত করিয়া রাখা আবশ্যক।

লিউকোরিয়া।—যোনিতে শোণিতাধিক্য বশতঃ অনেক স্থলে লিউকোরিয়া পীড়া সঞ্জাত হইয়া থাকে। গর্ভের শেষ কয়েকমাসে এই রোগ গর্ভিণীকে সাতিশয় প্রপীড়িত করে। নিঃসৃত পদার্থের উত্তেজনায় সময়ে সময়ে যোনিপ্রাচীরে ও ভল্‌ভার উপরিভাগে প্রদাহিত ভাব এবং ক্ষুদ্র

ক্ষুদ্র ক্ষত হইতে পারে। এই রোগ চিকিৎসা দ্বারা প্রশমিত করিতে পারা যায়, কিন্তু সসত্ত্বাবস্থা অপগত না হইলে ইহা প্রায়ই বিদূরিত হয় না। পীড়ার প্রশমনার্থ রোগিণীর পরিষ্কার ও পরিচ্ছন্ন থাকা একান্ত আবশ্যক। কণ্ডিস ফ্লুইড, অথবা বোরাসিক এসিড অধিক পরিমাণ জলের সহিত মিশ্রিত করিয়া অতি সাবধানে যোনিনালী ধৌত করা কর্ত্তব্য। সল্‌ফ কার্ব্বোলেট অব জিঙ্ক, এলম প্রভৃতি ঔষধিও উক্তরূপে ব্যবহৃত হইতে পারে। মিউকস মেম্ব্রেণে ক্ষত থাকিলে নাইট্রেট অব সিল্‌ভারের উইক সলুশনে বিশেষ উপকার হইবার সম্ভাবনা। জল্‌ভাব উত্তেজিত ও প্রদাহিত ভাব থাকিলে গ্লিসিরিণ অথবা ভেসেলাইনের সহিত বোবার্সিক এসিড মিশাইয়া তদুপরি প্রয়োগ করিলে উপকার দর্শিয়া থাকে। অল্পভাগ বোরাসিক এসিডে অধিক পরিমাণ অক্‌সাইড অব জিঙ্ক চূর্ণ করিয়া দিলে লাগাইবার সুবিধা হয়; তাহাতে বিশেষ উপকারও দর্শিয়া থাকে। যোনি মধ্যে লোশন অসাবধানতা সহকারে প্রক্ষেপ করিলে গর্ভপাত হইবার আশঙ্কা; এইজন্য কেহ কেহ এলম, ট্যানিক এসিড প্রভৃতি ঔষধ পেসারিরূপে ব্যবহার করিবার ব্যবস্থা দিয়া থাকেন; এরূপ করিলে গর্ভের কোন বিঘ্ন হইবার সম্ভাবনা নাই; কিন্তু অনেক স্থলে এরূপ উপায়ে প্রায়ই উপকার দর্শে না। অতিশয় স্নায়বিক অবস্থা থাকিলে ব্রমাইড অব পটাশিয়ম, বেলেডোনা প্রভৃতি ঔষধ প্রয়োগ আবশ্যক হইয়া পড়ে।

মূত্রাশয়ের উত্তেজনা —গর্ভজনিত সাহানুভূতিক কারণে জরায়ুর চাপবশতঃ প্রায় সকল স্থলেই অল্প বা অধিক পরিমাণে মূত্রাশয়ের উত্তেজিত ভাব ঘটিয়া থাকে। গর্ভের প্রথম কয়েক মাসে ও শেষাবস্থায় মূত্রাশয়ের উত্তেজিত ভাব অধিক হইতে দেখা যায়। উত্তেজনাবশতঃ মূত্রাশয়ের ধারণাশক্তি কমিয়া আইসে; সেরূপ অবস্থায় বেলেডোনা, হায়সায়ামাস, ব্রমাইড অব পটাশিয়ম প্রভৃতি ঔষধ প্রয়োগ করিলে পীড়া প্রশমিত হইয়া থাকে। এই উদ্দেশ্যে এট্রোপিন অথবা মর্ফিয়া-পেসারি যোনিমধ্যে প্রবেশিত হইতে পারে। প্রস্রাবে অম্লাধিক্য থাকিলে লাইকার পটাসি ও লবণাক্ত ঔষধ দ্বারা উপকার দর্শিয়া থাকে। ভ্রূণ অস্বাভাবিক অবস্থায় অবস্থিত থাকিলে মূত্রাশয়ের উপর চাপ পড়ে; তাহাতে এই উত্তেজনা অধিক

হইতে দেখা যায় ; ইহাতে মূত্রাশয় কখন কখন স্বস্থানচ্যুত হইয়া পড়ে। ভ্রূণ তির্য্যক্ অথবা অনুপ্রস্থ ভাবে থাকিলে বাহ্য করকৌশল দ্বারা যদি তাহাকে উর্দ্ধাধো ভাবে স্থাপিত করা যায়, তাহা হইলে মূত্রাশয়ের উত্তেজনা প্রশমিত এমন কি সময়ে সময়ে সম্পূর্ণ বিদূরিত হইয়া থাকে। ভ্রূণকে স্বাভাবিক অবস্থায় রাখিবার নিমিত্ত সময়ে সময়ে প্যাড ও পটবন্ধনি আবশ্যক হয়।

ভল্‌ভা-কণ্ডু।—গর্ভাবস্থায় প্রায়ই ভল্‌ভার "প্রুরাইটস" বা কণ্ডু হইতে দেখা যায়, সময়ে সময়ে ইহা অতীব ক্লেশকর হইয়া উঠে। ভল্‌ভার উপর এরূপ উত্তেজিত ভাব উদ্ভূত হয় যে, রোগিণী ক্রমাগতই সেই স্থল কণ্ডুয়ন করিতে ইচ্ছা করেন ;—সময়ে সময়ে অনিচ্ছা সত্ত্বেও অন্যমনে চুলকাইয়া ফেলেন ; তাহাতে ভল্‌ভার উপবিভাগে সময়ে সময়ে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ক্ষত উৎপাদিত হইয়া থাকে। কেবল স্নায়বিক কারণেই এই অবস্থা উদ্ভূত হইতে পারে ; কিন্তু যোনি নিঃসৃত "এসিড" বা কটু নিঃস্রবও এই পীড়ার কারণ হইয়া থাকে। পিউডেণ্ডার উপর ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র এপ্‌থস ক্ষত অথবা তত্রত্য লোমসমূহে পেডিকিউলী হওয়াতেও এই পীড়া সঞ্জাত হইতে দেখা যায় ; সরলান্ত্রে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ক্রমির উত্তেজনাতেও এই পীড়া উদ্ভূত হইতে পারে। পীড়ার কারণ নির্দ্দেশ পূর্ব্বক প্রতিকারের চেষ্টা করিলে অনেক স্থলে ইহা প্রশমিত হইয়া থাকে ; কিন্তু গর্ভ থাকিতে ইহা প্রায়ই সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হয় না। ইহা স্নায়বিক প্রকৃতির হইলে ব্রমাইড অব পটাশিয়ম প্রয়োগে উপকার দর্শিয়া থাকে। কিন্তু উত্তেজক নিঃস্রব হইতে উদ্ভূত হইলে এসিটেট অব লেড, অথবা বোরাসিক এসিড লোশন প্রভৃতি সিডেটিব লোশন স্থানিক রূপে প্রয়োগ করিলে এবং স্থানটী সর্ব্বদা পরিষ্কার রাখিলে প্রায়ই পীড়া উপশমিত হয়। স্থানিক কারণে এই পীড়া সঞ্জাত হইলে উপযুক্ত ঔষধ দ্বারা ইহার বিদূরণ কর্ত্তব্য। চুলকানি বেশি থাকিলে কিঞ্চিৎ ডাইলুট হাইড্রোসিয়ানিক এসিডের সহিত মর্ফিয়া অথবা এট্রোপিয়া লোশন প্রয়োগ করিলে উপকার দর্শিয়া থাকে।

অনিদ্রা।—গর্ভাবস্থায় স্নায়বিক কারণে অনিদ্রা, মানসিক উত্তেজনা, নৈরাশ্য, জ্বর, এমন কি কখন কখন ক্ষিপ্ততা জনিত হইতে পারে। এই সকল অবস্থায় ব্রমাইড অব পটাশিয়ম, ব্রমাইড অব সোডিয়ম, ক্লোর‍্যাল,

হাইড্রাস প্রভৃতি ঔষধি দ্বারা স্নায়বিক বিকার প্রশমিত ও নিদ্রা আনয়ন করা আবশ্যক। যে সকল কারণে স্নায়ুমণ্ডল উত্তেজিত হয়, তৎসমুদায়ের মধ্যে কোন একটী বিদ্যমান থাকিলে, অগ্রে তাহা বিদূরিত করা একান্ত কর্ত্তব্য। এরূপ করিলে অনেক সময় পীড়াও প্রশমিত হইয়া থাকে; ঔষধির প্রয়োজন হয় না।

পক্ষাঘাত।—গর্ভাবস্থায় নানাপ্রকার পক্ষাঘাত রোগ হইতে পারে। কোন একটী স্নায়ুর পক্ষাঘাত হইয়া তাহার বিস্তার-স্থলে সম্পূর্ণ বা আংশিক কার্য্যবিকার ঘটাইয়া থাকে। এরূপ হইলে দৃষ্টিহীনতা, স্বাদহীনতা, বধিরতা ও মুখমণ্ডলের পক্ষাঘাত প্রায়ই ঘটিয়া থাকে। তাহা কখন কখন হেমিপ্লিজিয়া এবং কখনও বা প্যারাপ্লিজিয়া রূপে প্রকাশ পাইতে পারে। এলবুমিনিউরিয়াজনিত শোণিতের দূষিত অবস্থা হইতে এই সকল পীড়া সচরাচর সংঘটিত হইয়া থাকে। হিষ্টিরিয়া, এনিমিয়া, এম্বোলিজ্‌ম, স্নায়ুকেন্দ্রে শোণিতাধিক্য, অথবা শোণিতস্রাব হইতেও এই সকল পীড়া উদ্ভূত হইবার সম্ভাবনা। স্নায়ুমণ্ডলের সেক্রাল ও লাম্বর প্লেক্‌সস শাখা সমূহের উপর সসত্ত্ব জরায়ুর চাপ পড়াতে কোন কোন স্থলে পক্ষাঘাত পীড়া হইতে দেখা যায়।

এলবুমিনিউরিয়া হইতে পক্ষাঘাত জনিত হইলে পীড়ার গুরুত্ব অনুসারে গর্ভস্রাব করান যুক্তিযুক্ত বলিয়া বোধ হইয়া থাকে। পক্ষাঘাত এলবুমিনিউরিয়াজনিত না হইলে গর্ভকে পূর্ণ অবস্থায় অগ্রসর হইতে দেওয়া যাইতে পারে; কেননা প্রসবের পর সময়ে সময়ে পীড়া প্রশমিত হইতে দেখা যায়।

নিউরেল্‌জিয়া।—নিউরেলজিয়া পীড়া সাহানুভূতিক কারণে প্রায়ই মস্তকের সম্মুখ ভাগে, স্তনযুগলে, ও পঞ্জরাস্থির ব্যবধানে, ঘটিয়া থাকে। কুইনাইন, ব্রমাইড অব পটাশিয়ম, ব্রমাইড অব সোডিয়ম, জেলসিমিয়ম প্রভৃতি ঔষধি দ্বারা এই স্নায়বিক অবস্থা প্রশমিত হয়। এই পীড়ার সহিত এনিমিক অবস্থা বিদ্যমান থাকিলে লৌহঘটিত ঔষধি প্রয়োগ আবশ্যক। বেলেডোনা, ক্লোরোফর্ম, ও একোনাইট লিনিমেণ্ট মেন্থল প্ল্যাষ্টার স্থানিক প্রয়োগ করিলে সুফল লাভ করিতে পারা যায়। ক্লোরোফর্ম ও কর্পূর সমভাবে মিশ্রিত করিয়া স্থানিক প্রয়োগ করিলে সময়ে সময়ে বিশেষ উপকার দর্শিয়া

থাকে। পীড়ার আতিশয্যে এট্রোপীন অথবা মর্ফিয়া হাইপোডর্ম্মিক রূপে প্রয়োগ করা আবশ্যক হইয়া পড়ে।

কোরিয়া।—গর্ভাবস্থায় এই পীড়ার প্রথম প্রকাশ বিরল নহে; যে সকল স্ত্রীলোক একবার এই পীড়ায় আক্রান্ত হয়েন, তাঁহাদের পুনরাক্রমণের প্রবণতা থাকে; সেই জন্য গর্ভাবস্থায় ইহার দ্বারা প্রপীড়িত হইবার সম্ভাবনা। কোরিয়া সসত্ত্বাবস্থায় অধিক সঞ্জাত হইলে প্রায়ই চিরস্থায়ী চিত্তবিকার উৎপাদন করিয়া থাকে; এইজন্য ইহা একবার গর্ভাবস্থায় হইলে পুনঃপুনঃ গর্ভকালে সংঘটিত হয়। গর্ভাবস্থায় কোরিয়া রোগ হইলে পীড়ার আতিশয্যে গর্ভ নষ্ট হইবার অধিক সম্ভাবনা, গর্ভবিনষ্ট হইবার পর, রোগিণী পীড়ার আক্রমণ হইতে মুক্তি লাভ করিতে পারেন, অথবা তাহার শক্তি ক্রমে ক্রমে ক্ষয় প্রাপ্ত হইয়া জীবন বিপন্ন হইয়া উঠিতে পারে। এইজন্য এই পীড়া জননী ও শিশু উভয়ের পক্ষেই সঙ্কটজনক।

কোরিয়ার উপশমার্থে আর্সেনিক ও ব্রমাইড অব পটাশিয়ম ও লৌহঘটিত ঔষধ সেবন করাইলে বিশেষ উপকার দর্শিতে পারে। রোগিণীর জীবনরক্ষার্থ কোন কোন স্থলে অকালপ্রসব সাধন করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। এরূপ করিলে পীড়ার লক্ষণাবলী প্রায়ই মন্দীভূত এবং কখন কখন অদৃশ্য হইতে দেখা যায়।

সসত্ত্ব জরায়ুর স্থানচ্যুতি।

এণ্টিভার্সন বা সম্মুখাবনমন।—অনেক স্থলে সসত্ত্ব-জরায়ু সম্মুখভাগে কিঞ্চিৎ অবনত থাকে। গর্ভ হইলে এই অবনত ভাব বৃদ্ধি পায়; এই অবস্থা সামান্যরূপ হইলে তদ্দ্বারা গর্ভিণীর কোন বিশেষ কষ্ট হয় না এবং গর্ভেরও কোনরূপ অনিষ্ট সম্ভাবনা অধিক থাকে না। গর্ভের শেষ কয়েক মাসে কোন কোন স্থলে এব্‌ডোমেন-প্রাচীরের শিথিলতা প্রযুক্ত জরায়ুর সম্মুখাবনমনের আতিশয্য ঘটিয়া থাকে। সময়ে সময়ে ইহা সম্মুখভাগে এত অধিক অবনত হয় যে, ইহার ফণ্ডাস জানু দ্বয়ের নিকটে আসিয়া পড়ে; রেক্টাই

পেশিদ্বয় অন্তরিত হওয়াতে, জরায়ু কেবল ত্বক্ ও তৎসম্বন্ধীয় টিশু সমু- দায় দ্বারা আচ্ছাদিত থাকে। বামনাকৃতি স্ত্রীলোকদিগের এই পীড়া ঘটিবার অধিক সম্ভাবনা। বস্তির বিকৃতি থাকিলে এই পীড়ার প্রাদুর্ভাব লক্ষিত হইয়া থাকে। জরায়ুকে স্বাভাবিক অবস্থায় পুনঃসংস্থাপনই ইহার উপযুক্ত চিকিৎসা। এই উদ্দেশে গর্ভিণীকে যতক্ষণ সম্ভব উত্তানভাবে শায়িত করিয়া শিথিল উদরোপরি সুবিহিত বন্ধনী প্রয়োগ করিলে জরায়ুর সম্মুখা- বনমন প্রায়ই প্রতিরুদ্ধ হইয়া থাকে।

জরায়ুর "প্রোল্যাপ্স" বা অবনমন।—গর্ভাধানের পূর্ব্বে জরায়ু স্বাভাবিক অবস্থায় থাকিলে গর্ভসঞ্চারের পর তাহার অবনমন কচিৎ ঘটিতে দেখা যায়। অবনমিত জরায়ুতে গর্ভাধান হইলে গর্ভের প্রথম কয়েক মাসে প্রায়ই এই স্থানচ্যুতি কিয়ৎপরিমাণে বর্দ্ধিত হইয়া থাকে। চতুর্থ মাসে জরায়ু বস্তি-গহ্বর হইতে আপনি উত্থিত হইতে আরম্ভ করে; তাহাতে প্রাচীন "প্রোল্যাপ্স" রোগ উপশমিত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে ইহা বস্তি-গহ্বর হইতে উত্থিত না হইয়া তন্মধ্যে আবদ্ধ হইয়া পড়ে; এবং রেক্টম ও মূত্রাশয়ের উপর ক্রমাগত চাপ দিয়া উক্ত উভয় যন্ত্রের কার্য্য- বিকার উৎপাদন করিয়া থাকে। অবনমিত সসত্ত্ব জরায়ু বস্তিমধ্যে অবরুদ্ধ থাকিলে প্রায়ই গর্ভস্রাব ঘটিতে দেখা যায়। কিন্তু অবনমিত জরায়ুতে গর্ভাধান হইয়াও পূর্ণকালে গর্ভ সমাপ্ত হইয়াছে, এরূপ বিবরণ ও পাওয়া যায়। এরূপ স্থলে সসত্ত্ব জরায়ু এবডোমেন গহ্বরে কিয়ৎ পরিমাণে উত্থিত হইয়া থাকিবে; কেননা বস্তিগহ্বর মধ্যে আবদ্ধ থাকিয়া গর্ভ কখনও পূর্ণতা প্রাপ্ত হইতে পারে না।

জরায়ু অবনমিত হইলে ইহাকে যথাস্থানে সংস্থাপন পূর্ব্বক পঞ্চম ও ষষ্ঠমাস পর্য্যন্ত গর্ভিণীকে শয্যায় শায়িত রাখিয়া উপযুক্ত পেসেরি দ্বারা সংরক্ষা করা আবশ্যক। জরায়ুকে যথাস্থানে সংস্থাপিত করা অসম্ভব হইলে সময়ে সময়ে গর্ভপাত করা যুক্তিযুক্ত হইয়া পড়ে। প্রসবান্তে রোগিণীকে শায়িত অবস্থায় রাখিলে পুরাতন প্রোল্যাপ্স আরোগ্য হইবার বিশেষ সম্ভাবনা।

রিট্রোভার্সন বা পশ্চাদবনমন।—আকস্মিক পতন, আঘাত, অথবা বিস্ফারিত মূত্রাশয়ের সঞ্চাপে সসত্ত্ব-জরায়ু সহসা পশ্চাদবনমিত হইতে পারে।

জরায়ুর পশ্চাদবনমন হইলে জরায়ুগ্রীবা সম্মুখভাগে সরিয়া আসিয়া মূত্রাশয়ের গ্রীবার উপর চাপ প্রদান করে, তাহাতে মূত্র অবরুদ্ধ হইয়া পড়ে; মূত্রের অবরোধে মূত্রাশয় ঘোরতর রূপে বিস্ফারিত হইয়া উঠে। জরায়ুর ফণ্ডস পশ্চাদ্ভাগে চালিত হইয়া রেক্‌টমে চাপ প্রদান করাতে কোষ্ঠবদ্ধতা উৎপাদিত হয়, এবং রেকটমের নিকটে এক প্রকার অপ্রীতিকর অনুভূতি হইতে থাকে। *পরীক্ষা করিলে পিউবিসের পশ্চাতে সসত্ত্ব-জরায়ু দেখিতে পাওয়া যায় না;* কিন্তু হাইপোগ্যাষ্ট্রীয়ম প্রদেশে বিস্ফারিত মূত্রাশয় লক্ষিত হইয়া থাকে। তৎকালে অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা দ্বারা দেখিতে পাওয়া যায় যে, একটী স্থিতিস্থাপক মসৃণ ও গোলাকার উৎসেধ বস্তিগহ্বরের নিম্ন অংশ পরিপূরণ এবং যোনির পশ্চাৎ প্রাচীরকে সঞ্চাপিত করিয়া বিস্তৃত রহিয়াছে। যোনির পশ্চাৎ প্রাচীর এতদূর অবনমিত হইয়া পড়ে যে, কোন কোন স্থলে ইহাকে ভল্‌ভার বাহির হইতে দেখা যায়। তৎকালে যোনির অভ্যন্তরে সম্মুখ ও উর্দ্ধভাবে অঙ্গুলি চালিত করিলে প্রায়ই দেখিতে পাওয়া যায় যে, জরায়ুগ্রীবা পিউবিসের উর্দ্ধভাগে সংস্থিত হইয়া মূত্রাশয়ের গ্রীবাদেশ অথবা ইউরিথ্রার উপর দৃঢ়ভাবে চাপিয়া রহিয়াছে। জরায়ুর পশ্চাদবনমন অধিক হইলে ইহার গ্রীবা স্পর্শ করা সময়ে সময়ে দুঃসাধ্য ও অসম্ভব হইয়া পড়ে।

গর্ভের চতুর্থ মাসে পশ্চাদবনমিত সসত্ত্ব-জরায়ু সময়ে সময়ে স্বতই বস্তিগহ্বর হইতে উঠিতে পারে এবং গর্ভ স্বাভাবিকরূপে অগ্রসর হইয়া থাকে; বস্তিগহ্বরে অবরুদ্ধ থাকিলে গর্ভনাশ হইবার সম্ভাবনা। কোন কোন স্থলে মূত্রাশয় ফাটিয়া বা পচিয়া অথবা মূত্র অবরোধে ইউরিমিয়া প্রযুক্ত গর্ভিণীর মৃত্যু হইতে পারে। জরায়ু বস্তিগহ্বরে আবদ্ধ থাকাতে তাহার প্রদাহ এমন কি বিধ্বংস হওয়াও অসম্ভব নহে; এরূপ বিধ্বংস হইবার পরও যদি রোগিণী জীবিত থাকে, সরল অন্ত্র অথবা যোনির মধ্যে ছিদ্র হইয়া তদ্দ্বারা জরায়ু ও ইহার আধেয় ক্রমে ক্রমে বহির্নিঃসৃত হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—মূত্রাশয়ে প্রস্রাব থাকিলে কেথিটার দ্বারা তাহা বহির্নিঃসারণ করা আবশ্যক; কিন্তু কোন কোন স্থলে শলাকা প্রবেশিত করিতে পারা যায় না; সেরূপ স্থলে পিউবিসের উর্দ্ধাংশে মূত্রাশয় বিদ্ধ করিয়া "এস্পিরেটর" দ্বারা মূত্রের বহির্নিঃসারণ আবশ্যক হইয়া পড়ে। তাহার

পর যোনি অথবা সরল অন্ত্রের অভ্যন্তরে অঙ্গুলি প্রবেশন পূর্ব্বক ফণ্ডসে চাপ প্রদান করিয়া জরায়ুকে স্বস্থানে সংস্থাপিত করিবার চেষ্টা করিতে হয়। পশ্চাদবনমিত জরায়ু যাহাতে সেক্রাল প্রমণ্টরীতে অবরুদ্ধ না হয়, এইজন্য অঙ্গুলি ঊর্দ্ধে ও এক পার্শ্ব দিয়া তির্য্যক্ ভাবে চালিত করা আবশ্যক। ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ করিয়া সংজ্ঞাশূন্য করিলে টিসু সমুদায় শিথিল হইয়া পড়ে; সেই অবস্থায় সহজে চাপ দেওয়া যাইতে পারে এবং অল্পেই কার্য্য-সিদ্ধি হইবার সম্ভাবনা। যোনিমধ্যে একটী স্থিতিস্থাপক ব্যাগ প্রবেশিত করিয়া জলপূর্ণ করিলে তাহার চাপে জরায়ু সহজে স্বাভাবিক অবস্থায় পুনঃস্থাপিত হইতে পারে। কোন কোন স্থলে ক্রমাগত এইরূপ স্থিতিস্থাপক সঞ্চাপ কয়েক ঘণ্টা ধরিয়া ন্যস্ত করা আবশ্যক হইয়া পড়ে; কেবল মূত্রনিঃসারণের নিমিত্ত সময়ে সময়ে খুলিয়া লইতে হয়। জরায়ুকে স্বস্থানে সংস্থাপিত করিয়া তাহার সংরক্ষার্থ একটী "পেসারী" ব্যবহার করা ও রোগিণীকে শায়িত অবস্থায় রাখা কর্ত্তব্য। জরায়ুর পুনঃসংস্থাপন অসম্ভব বলিয়া প্রতীত হইলে এবং তন্নিবন্ধন নিকটস্থ যন্ত্রসমুদায়ের কার্য্যরোধ ঘটিলে গর্ভস্রাব সাধন করা অনিবার্য্য হইয়া উঠে। কোন কোন স্থলে জরায়ুর বহির্মুখ অধিগত হয় না; সেরূপ স্থলে গর্ভস্রাব করাইবার জন্য রেকটম অথবা যোনি দ্বারা "এস্পিরেটর নীড্‌ল" চালিত করিয়া মেম্ব্রেণ পাঙ্কচার করিয়া এম্‌নিয়স নিঃসারিত করা আবশ্যক।

কতকগুলি বিশেষ বিশেষ পীড়া।

কোন কোন পীড়া গর্ভাবস্থায় সঞ্জাত হইলে গর্ভের বিঘ্ন ঘটিবার সম্ভাবনা; আবার গর্ভ প্রযুক্ত কোন কোনটীরবা স্বাভাবিক গতির ব্যতিক্রম হইয়া থাকে। এই সকল পীড়া সম্বন্ধে নিম্নে গুটিকতক কথা বলা যাইতেছে।

জণ্ডিস্ বা পাণ্ডুরোগ।—যকৃতের উপর সমস্ত জরায়ুর চাপ পড়াতে পিত্ত সম্যক্‌রূপে নির্গত হইতে না পাইলে এই রোগ উৎপাদিত হইতে পারে। পিত্তনিঃসরণের অধিক পরিমাণে ব্যতিক্রম হইলে এই রোগের আতিশয্য বশতঃ প্রকৃত কোলিমিয়া উৎপাদিত হয়। জণ্ডিস সামান্য হইলে ক্ষতিজনক নহে; কিন্তু পিত্তদ্বারা দেহ সাতিশয় বিষীকৃত হইলে, মাতা ও

গর্ভস্থ শিশু উভয়েরই জীবন বিপন্ন হইয়া পড়ে। গর্ভাবস্থায় ইয়োলো এট্রফি রোগ অতিশয় বিপজ্জনক ; ইহাতে মাতার জীবন সাতিশয় বিপন্ন হইয়া থাকে, এবং অনেক স্থলে গর্ভস্থ শিশুর প্রাণ বিনষ্ট ও গর্ভস্রাব হয়। গর্ভিণী পাণ্ডুরোগে আক্রান্ত হইলে, যাহাতে যকৃৎ হইতে পিত্ত অন্ত্রে চালিত হয় এবং অন্নমলের সহিত তাহা বহির্নিঃসৃত হইয়া যায়; ও তৎসঙ্গে অন্যান্য নিঃস্রবণ প্রস্রবণ বৃদ্ধি পাইয়া যাহাতে শোণিত হইতে পিত্ত নিষ্কাশিত হইতে পারে, এরূপ উপায় অবলম্বন করিয়া চিকিৎসা কার্য্য সম্পাদন করা আবশ্যক। ইয়নিমিন, পডফাইলিন, এবং যে সকল ঔষধ কোষ্টরোধ-বিদূরণে প্রয়োজ্য বলিয়া পূর্ব্বে বর্ণিত হইয়াছে, পাণ্ডুরোগে আবশ্যকমত তৎসমুদায়ই প্রয়োজিত হইয়া থাকে। পটাস লবণ (সাইটেট, এসিটেট), নাইট্রিক ইথর ও ডিজিটেলিস্, প্রভৃতি ঔষধ প্রস্রাববৃদ্ধির নিমিত্ত ব্যবস্থা করা যাইতে পারে।

নিউমোনিয়া।—গর্ভাবস্থায় নিউমোনিয়া পীড়া অতিশয় সঙ্কটকর; গর্ভাবস্থায় এই রোগে মৃত্যুসংখ্যা অধিক দেখিতে পাওয়া যায় এবং ইহার প্রাবল্যে অনেক স্থলে গর্ভস্রাব ঘটিয়া থাকে। বিশেষ সাবধানে ও সতর্কতাবে গর্ভকালীন নিউমোনিয়া রোগের চিকিৎসা করা আবশ্যক।

থাইসিস্।—পূর্ব্বে অনেকের বিশ্বাস ছিল যে, থাইসিস্‌গ্রস্তা রোগিণীর গর্ভ হইলে গর্ভকালে এই পীড়া স্থগিত থাকে ; পরে প্রসবান্তে ইহা আবার বাড়িয়া উঠে। কেহ কেহ এখনও এই মত সমর্থন করিয়া থাকেন ; কিন্তু অনেকেই এই মত ভুল বলিয়া সিদ্ধান্ত করিয়াছেন। থাইসিস্‌গ্রস্তা রোগিণীদিগের প্রায়ই উৎকট লিউকোরিয়া পীড়া থাকাতে গর্ভাধানক্ষম হয়, গর্ভ হইলে তন্নিবন্ধন দেহের আয়াস বৃদ্ধি ও জীবনীশক্তির অধিক ক্ষয় প্রযুক্ত তাঁহাদের বিপন্ন অবস্থা বৃদ্ধি পাইবারই সম্ভাবনা।

হৃৎপিণ্ডের পীড়া।—হৃৎপিণ্ডের কোন অর্গ্যানিক পীড়া থাকিলে গর্ভাবস্থায় তাহার বৃদ্ধি হইবার অধিক সম্ভাবনা। গর্ভাবস্থায় শোণিত-সঞ্চালন কার্য্যের বৃদ্ধি হওয়াতে হৃৎপিণ্ডের বাম ভেণ্ট্রিকেলে স্বভাবতঃ হাইপার্ট্রফি হয় এবং তৎসঙ্গে নাড়ীর আয়তন ও বল বৃদ্ধি পাইয়া থাকে। এইজন্য হৃৎপিণ্ডের কোনরূপ পীড়া থাকিলে এই সময়ে তাহা বর্দ্ধিত হইবার সম্ভাবনা।

হৃৎপিণ্ডের ভ্যাল্‌ভের পীড়া থাকিলে এই অবস্থায় অতি সামান্য কারণেই পুরাতন পীড়া পুনরুদ্রিক্ত হইয়া বাড়িয়া উঠিতে পারে। এরূপ স্থলে গর্ভিণীকে সম্পূর্ণ বিশ্রাম করিতে দেওয়া আবশ্যক। হৃৎরোগে পূর্ণ বিশ্রামের ন্যায় আর কোন ঔষধই তত সুফলপ্রদ নহে। শোণিত-সঞ্চালনের সমতা সংরক্ষা করিবার জন্য ডিজিটেলিস বা ষ্ট্রোফ্যান্থাম্‌ প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

স্ফোটজ্বর।—স্ফোটজ্বরের মধ্যে বসন্ত রোগ,—বিশেষতঃ কন্‌ফ্লুয়েণ্ট অর্থাৎ লিপ্তপ্রকৃতির বসন্ত সাতিশয় বিপজ্জনক। মাতা এই পীড়ায় আক্রান্ত হইলে গর্ভস্থ শিশু তাহাতে সংক্রামিত হইয়া থাকে এবং উভয়েরই জীবন বিপন্ন হইয়া পড়ে। ইহাতে জরায়ু হইতে শোণিত নিঃস্রব এবং প্রায়ই গর্ভপাত ঘটিয়া থাকে। "ডিস্ক্রীট" (বিস্পষ্ট) অথবা ভ্যাকসিনেশন দ্বারা পরিবর্ত্তিত বসন্তে তত বিপদের আশঙ্কা নাই, কিন্তু এরূপ স্থলে সময়ে সময়ে গর্ভস্রাব হইয়া মাতার জীবন বিপন্ন করিয়া তুলে। স্কার্লেট (আরক্ত জ্বর) ও হাম, সামান্য প্রকৃতির হইলে গর্ভের উপর ইহার কার্য্যফল প্রায়ই দেখিতে পাওয়া যায় না; কিন্তু কঠিন প্রকৃতির হইলে গর্ভস্রাব হইবার অধিক সম্ভাবনা।

গর্ভাবস্থায় টাইফয়েড, টাইফস ও পৌনঃপুনিক জ্বর সাতিশয় বিপজ্জনক। এই সকল পীড়া কঠিন প্রকৃতির হইলে প্রায়ই জরায়ু হইতে শোণিত নিঃসরণ ও গর্ভস্রাব ঘটিয়া থাকে। কেহ কেহ বিবেচনা করেন উচ্চ শারীর তাপ এইরূপ বিপদের প্রধান কারণ। উচ্চ শারীর তাপ সসত্ত্বাবস্থায় বিপজ্জনক বটে, কিন্তু বোধ হয় ইহাই প্রধান কারণ নহে; কেমনা কঠিন প্রকৃতির ম্যালেরিয়া জ্বরে শারীর তাপ উচ্চ সীমায় অনেক দিন থাকিলেও ক্বচিৎ এরূপ বিপদ ঘটাইয়া থাকে। ফলতঃ উক্তবিধ জ্বরের বৈশেষিক বিষই ঐরূপ বিপদের প্রধান কারণ বলিয়া বোধ হয়।

ডায়াবিটিস্‌।—ডায়াবিটিস্‌ রোগ মাতা ও গর্ভস্থ শিশু উভয়েরই পক্ষে বিপজ্জনক। এই পীড়ায় ভ্রূণের মৃত্যু হইয়া গর্ভস্রাব হইবার অধিক সম্ভাবনা; এবং পীড়া ও গর্ভজনিত আয়াসে গর্ভিণীর শরীর নিস্তেজ হইয়া পড়ে; তাহার পর প্রসবান্তে সামান্য কারণে প্রসূতির জীবন সঙ্কটাপন্ন হইয়া থাকে।

উপদংশ ।—এই রোগ গর্ভস্রাবের একটী প্রধান কারণ। মাতার দেহ পূর্ব্ব হইতে এই বিষে দূষিত না থাকিতে পারে; কিন্তু পিতার দূষিত শুক্রে ওভাম অনুপ্রাণিত হইলে সেই ওভাম দ্বারা মাতাও রোগগ্রস্ত হইয়া থাকেন। এইজন্য আবশ্যক হইলে সময়ে সময়ে পিতা ও মাতা উভয়েরই চিকিৎসা করিতে হয়। গর্ভাবস্থায় উপদংশ হইলে এই রোগের সাধারণ চিকিৎসা-প্রণালী দ্বারা তাহার বিদূরণ একান্ত কর্ত্তব্য। এরূপ করিলে এককালে মাতা ও গর্ভস্থ শিশু উভয়েরই চিকিৎসা হইয়া থাকে এবং গর্ভ-স্রাবের সম্ভাবনা কমিয়া যায়।

ওভেরীয় টিউমার বা অর্ব্বুদ।—ওভেরীয় টিউমার ও গর্ভ এক সঙ্গে থাকিতে পারে। অর্ব্বুদের আয়তন বড় না হইলে গর্ভ পূর্ণতা প্রাপ্ত হইতে পারে এবং নিরাপদে প্রসব সম্পাদিত হইবার সম্ভাবনা। কোন কোন স্থলে অর্ব্বুদ বড় না হইয়াও বস্তিগহ্বরে আবদ্ধ থাকিয়া প্রসবকালে শিশুর মস্তক-নির্গমনে বাধা উৎপাদিত করিয়া থাকে। অর্ব্বুদ বড় হইলে এব্‌ডোমেনে সসত্ত্ব জরায়ু ও অর্ব্বুদের সমাবেশ গর্ভিণীর আত্যন্তিক কষ্টের কারণ হইয়া উঠে ও নানা প্রকার বিপদ উৎপাদন করে। চাপ প্রযুক্ত অর্ব্বুদে প্রদাহ, অথবা তাহা বিদীর্ণ হইলে সাংঘাতিক ঘটনা হইবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা এবং ইহার বৃন্তে পাক পড়িলে ইহার শোণিত-সঞ্চালন রুদ্ধ হইয়া বিশেষ বিপদ উদ্ভাবন করে; কোন কোন স্থলে গর্ভস্রাব অথবা অকাল প্রসব আপনিই হইয়া থাকে।

টিউমার ক্ষুদ্র হইলে এবং প্রসব পথের উপর চাপিয়া না থাকিলে বিশেষ চিকিৎসার প্রয়োজন না হইতে পারে; কিন্তু বৃহদায়তন হইলে অকাল প্রসব সাধন, টিউমারে ট্যাপ করা অথবা টিউমার কাটিয়া বাহির করিয়া লওয়া,—এই তিনটীর মধ্যে অন্যতম উপায় আবশ্যকমত অবলম্বন করিতে হয়। যে স্থলে অর্ব্বুদের আধেয় তরল এবং টিউমারটী মল্টিলকিউলার না হওয়াতে ট্যাপ করিলে, আধেয় অধিক পরিমাণে নিঃসারিত হইবার সম্ভাবনা, সে স্থলে ট্যাপ করিয়া গর্ভকে পূর্ণতা প্রাপ্ত হইতে দেওয়া যাইতে পারে; কিন্তু আধেয় তরল না হইলে ওভেরিয়োটমি অথবা অকাল প্রসব আবশ্যক হইয়া পড়ে। সেরূপ স্থলে এই দুইটীর মধ্যে কোন্‌টী

অবলম্বন করা উচিত, বিচক্ষণ চিকিৎসকগণের মধ্যে তাদ্বিষয়ে মতভেদ দেখিতে পাওয়া যায়। ডাক্তার বার্ণস এরূপ স্থলে অকাল প্রসবের পোষকতা করেন। তিনি বলেন এরূপ স্থলে ওভেরিয়োটমির কথাত আদৌ উত্থাপিত হইতে পারে না এবং ট্যাপিঙ্‌ও পূর্ণফলপ্রদ না হইতে পারে ; কেননা ট্যাপিঙের পরও টিউমারের অধিকাংশ থাকিয়া গিয়া প্রসবকালে ঘোরতর বাধা উৎপাদন করিবার সম্ভাবনা। কিন্তু স্পেন্সার ওয়েল্‌স, প্লেফেয়ার প্রভৃতি চিকিৎসকগণ ওভেরিয়োটমি সমর্থন করিয়া থাকেন। ওভেরিয়োটমি করিলে মাতাকে পীড়া হইতে নির্ম্মুক্ত করা হয় এবং ভ্রূণের জীবনাশাও বর্দ্ধিত হইয়া থাকে। বিশেষতঃ আধুনিক চিকিৎসাশাস্ত্রের সম্যক্‌ উন্নতির সহিত ওভেরিয়োটমি আর পূর্ব্বের ন্যায় কঠিন ও দুঃসাধ্য ব্যাপার নহে। কিন্তু একজন কৃতকার্য্য ওভেরিয়োটমিষ্টের যে পরিমাণে কার্য্যকুশলতা আবশ্যক, চিকিৎসকের যদি তত না থাকে, তাহা হইলে অকাল প্রসব অবলম্বন করা আবশ্যক হইয়া পড়ে,—এরূপ প্রক্রিয়ায় মাতাকে বিপদ হইতে উদ্ধার করা হয় এবং শিশুরও প্রাণরক্ষার অনেকটা সুযোগ দেওয়া হইয়া থাকে। কিন্তু অর্ব্বুদ বৃহৎ হইলে যতশীঘ্র গর্ভপাত করা হয়, ততই মঙ্গল। টিউমার যদি বিদীর্ণ হইয়া যায়, তাহা হইলে অচিরে এব্‌ডোমেন কাটিয়া বিদীর্ণ অর্ব্বুদ ও ইহার বিকীর্ণ আধেয় সমুদায় বাহির করা আবশ্যক।

ফাইব্রয়েড টিউমার বা মায়োমা।—গর্ভাবস্থায় জরায়ুতে ফাইব্রয়েড টিউমার থাকিলে গর্ভের অগ্রসরণে ও প্রসবকালে বিঘ্ন উৎপাদন করিবার অধিক সম্ভাবনা, জরায়ু যেরূপ উপাদানে নির্ম্মিত, ফাইব্রয়েডে সেই সকল উপাদান বিদ্যমান থাকে। সসত্ত্ব জরায়ুও যেমন বর্দ্ধিত হয়, অনেক স্থলে অর্ব্বুদের আয়তনও সেই সঙ্গে বাড়িয়া থাকে ; এবং প্রসবান্তে জরায়ু যেমন কমিয়া আইসে, অর্ব্বুদও কমিয়া পূর্ব্বায়তন প্রাপ্ত হয়। কোন কোন স্থলে গর্ভকালে অর্ব্বুদ বাড়িয়া চিরকালের জন্য বর্দ্ধিত অবস্থায় থাকিয়া যায় ; আবার কখন কখন এরূপও ঘটিয়া থাকে যে, প্রসবাবসানে জরায়ু যেমন স্বাভাবিক আয়তন পুনর্লাভ করে, অর্ব্বুদের অবয়বও পূর্ব্বাপেক্ষা কমিয়া প্রায় অদৃশ্য হইয়া পড়ে। টিউমার জরায়ুর অভ্যন্তর দিকে থাকিলে ইহার আয়তন অধিক না হইলেও গর্ভের বিশেষ বিঘ্ন হইবার

সম্ভাবনা। কিন্তু জরায়ু-প্রাচীরের বহির্ভাগে থাকিলে সূত্রায়তন অর্ব্বুদ প্রায়ই বিশেষ বিঘ্ন উৎপাদন করে না; গর্ভ পূর্ণতা প্রাপ্ত হইয়া নির্ব্বিঘ্নে সমাপ্ত হইতে পারে। কোন কোন টিউমারের আয়তন ছোট হইলেও তাহা বস্তিগহ্বরে এরূপভাবে নামিয়া পড়িতে পারে, অথবা এরূপে সংস্থিত হইতে পারে যে, তাহাতে প্রসবের বিঘ্ন হইবার বিশেষ সম্ভাবনা। টিউমারের আয়তন বড় হইলে, অথবা তাহা জরায়ুর অভ্যন্তরে উদ্ভূত হইলে গর্ভের পূর্ণমাসে অগ্রসর হইবার সম্ভাবনা কমিয়া যায় এবং সময়ে সময়ে গর্ভস্রাব ও অকাল প্রসব আপনিই ঘটিয়া গর্ভ সমাপ্ত হইয়া থাকে। ফাইব্রয়েড টিউমারগ্রস্তা গর্ভিণীর চিকিৎসা করিতে হইলে এইটী স্মরণ রাখা কর্ত্তব্য যে, টিউমার দ্বারা প্রসবের বিঘ্ন হইবার সম্ভাবনা থাকিলে, তাহাতে চিকিৎসকের হস্তার্পণ আবশ্যক; নতুবা গর্ভ যথানিয়মে অগ্রসর হইতে দিয়া ভাবী বিপৎপাতের জন্য প্রস্তুত থাকা কর্ত্তব্য। যদি অর্ব্বুদের আয়তন ও সংস্থিতি দ্বারা অকাল প্রসবের বিঘ্নোৎপাদনের সম্ভাবনা দেখা যায়, তাহা হইলে যত শীঘ্র গর্ভপাত করা হয়, ততই মঙ্গল। প্রসবান্তে অর্ব্বুদান্বিত জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত না হইলে শোণিতস্রাব অধিক পরিমাণে হইবার সম্ভাবনা; এরূপ স্থলে অন্যান্য উপায়ে শোণিতস্রাব বন্ধ না হইলে জরায়ু গহ্বরে টিঞ্চারফেরি পারক্লোরাইড "ইঞ্জেক্ট" বা অনুপ্রবেশিত করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। টিউমারের উপর চাপ পড়িয়া ইহাতে প্রদাহিত অবস্থা উৎপাদিত, অথবা তৎপ্রযুক্ত অন্য কোন পীড়া সঞ্জাত হইলে পীড়ার প্রকৃতি বিবেচনা করিয়া তদনুসারে চিকিৎসা করা আবশ্যক।

কার্সিনোমা।—গর্ভাবস্থায় কার্সিনোমা অতি সঙ্কট পীড়া; ইহাতে অচিরে বা বিলম্বে গর্ভিণীর বিপদের বিশেষ সম্ভাবনা। পীড়ার প্রারম্ভাবস্থায় গর্ভ সঞ্চার হইলে এবং গর্ভপ্রযুক্ত পীড়া অধিক বাড়িয়া না উঠিলে গর্ভ যথানিয়মে অগ্রসর ও সমাপ্ত হইতে দেওয়া বিধেয়। কিন্তু গর্ভাবস্থায় পীড়া বৃদ্ধি হইবার অধিক সম্ভাবনা; এইজন্য সময়ে সময়ে শীঘ্র গর্ভপাত করা একান্ত আবশ্যক হইয়া পড়ে। গর্ভ অধিক অগ্রসর হইলে শিশুর বহির্নিঃসরণে এরূপ ঘোরতর বাধা উৎপাদিত হইতে পারে যে, তাহাতে "সিজেরীয়ান সেক্‌শন" একান্ত অবলম্বনীয় হইয়া উঠে। এস্থলে একথাও

স্মরণ রাখা কর্ত্তব্য যে, প্রসবকালে পীড়িত স্থল ছিন্নভিন্ন ও আহত হওয়াতে পীড়া বিবর্দ্ধিত হইবার অধিক সম্ভাবনা; এইজন্য প্রসবান্তে সময়ে সময়ে পীড়া নিরতিশয় বাড়িয়া উঠে এবং প্রসূতির জীবন ঘোরতর বিপন্ন করিয়া থাকে।

মৃগী।—গর্ভের সমকালে মৃগীরোগও বিদ্যমান থাকিতে পারে। গর্ভসঞ্চারে কোন কোন স্থলে এই পীড়ার আতিশয্য কমিয়া যায়; কোথাও বা তাহা বর্দ্ধিত হইয়া উঠে। আবার সময়ে সময়ে কোন কোন স্ত্রীলোকের গর্ভাবস্থায় এই পীড়া প্রথম প্রকাশিত হইতে দেখা যায়। যাহারা মৃগীপ্রবণ, প্রসবকালে তাঁহাদের এক্লাম্পসিয়া পীড়ায় আক্রান্ত হইবার অধিক সম্ভাবনা; কিন্তু সৌভাগ্য বশতঃ এরূপ ঘটনা অতি বিরল।

নবম অধ্যায়।

ভ্রূণ ও ইহার ঝিল্লিসমুদায়ের পীড়া।

কতকগুলি পীড়া মাতাকে আক্রমণ করিলে তদ্দ্বারা গর্ভস্থ শিশুও ঝিল্লি সমুদায় আক্রান্ত হইতে পারে।

ভ্রূণের পীড়া।

বৈশেষিক পীড়া।—গর্ভাবস্থায় মাতা বসন্ত, হাম, স্কার্লেটিনা উপদংশ প্রভৃতি কতকগুলি বৈশেষিক পীড়া দ্বারা আক্রান্ত হইলে তদ্দ্বারা ভ্রূণও সংক্রামিত হইতে পারে; এই সকল পীড়া কঠিন প্রকৃতির হইলে গর্ভস্রাব হইবার অধিক সম্ভাবনা। মাতা বসন্তরোগে আক্রান্ত হইলে গর্ভস্থ ভ্রূণও তদ্দ্বারা আক্রান্ত হইয়া থাকে; কেননা কথন কখন গাত্রে বসন্তচিহ্ন সহিত শিশু ভূমিষ্ঠ হইয়া থাকে। এরূপ বিবরণ পাওয়া যায় যে, বসন্তপীড়িতা গর্ভিণী প্রসব করিলে দুই তিন দিন পরে প্রসূত শিশুর দেহে উক্ত পীড়া প্রকাশ পাইয়াছে। কোন কোন স্থলে নিরাময় জননী হইতেও বসন্তগ্রস্ত শিশু ভূমিষ্ঠ হইতে দেখা গিয়াছে। এই সকল ঘটনা আলোচনা করিলে স্পষ্ট প্রতীত হইয়া থাকে যে, ভ্রূণ এইরোগ মাতা হইতে গ্রহণ করে এবং গর্ভিণীর শরীর যদি পীড়াপ্রবণ না থাকে, তাহা হইলে তিনি এই পীড়ায় আক্রান্ত না হইলেও তদ্দ্বারা গর্ভস্থ শিশু সংক্রামিত হইতে পারে।

উপদংশ পীড়ার বিষীকরণ অধিক পরিমাণে হইলে ভ্রূণ মৃত হইয়া বহির্নিঃসৃত হইতে পারে; সেরূপ স্থলে ইহার দেহে পীড়ার চিহ্নসমুদায় দৃষ্ট হইয়া থাকে। বিষীকরণের প্রাখর্য্য না থাকিলে শিশু উপদংশরোগের লক্ষণের সহিত ভূমিষ্ঠ হয়, অথবা ইহা ভূমিষ্ঠ হইবার কিছুদিন পরে পীড়ার লক্ষণ পরিস্ফুট

হইয়া থাকে। ভ্রূণ পিতা অথবা মাতা, কিম্বা উভয় হইতেই উপদংশ রোগ প্রাপ্ত হইতে পারে। ভ্রূণ পিতার দ্বারা সংক্রামিত হইলে মাতাও এই রোগে দূষিত হইবার সম্ভাবনা।

গর্ভস্থ শিশু ম্যালেরিয়া জনিত পীড়ায় আক্রান্ত হইতে পারে; এইজন্য ম্যালেরিয়া-পীড়িত প্রদেশে শিশুকে কখন কখন ম্যালেরিয়াগ্রস্ত অবস্থায় জরায়ু হইতে বহির্নিঃসৃত হইতে দেখা যায়।

অন্তর্জরায়ব অঙ্গচ্ছেদ।—কখন কখন জরায়ু মধ্যে ভ্রূণের একটী বা তদধিক অঙ্গের ব্যবচ্ছেদ হইয়া থাকে। এমনিয়মের একটী ভাঁজ জরায়ুগহ্বরে লম্বিত থাকিয়া শিশুর কোন অঙ্গকে সঙ্কাপিত করিলে, তদ্দ্বারা সেই অঙ্গের শোণিত সঞ্চালন প্রতিরুদ্ধ হইয়া থাকে; ক্রমে সেই অঙ্গ শিশুর দেহ হইতে বিচ্ছিন্ন হইয়া পড়ে। এমনিয়ম জল অল্প পরিমাণ থাকিলে এরূপ অঙ্গচ্ছেদ হইবার অধিক সম্ভাবনা। নাভিরজ্জু জড়াইয়া ও সঙ্কাপিত করিয়া এইরূপ অঙ্গচ্ছেদ করিতে পারে। বিচ্ছিন্ন অঙ্গ অতি ক্ষুদ্রায়তন হইলে ক্রমে এমনিয়ম জলে দ্রবীভূত হইয়া মিশ্রিত হইয়া যায়; কিন্তু তাহা বড় হইলে জরায়ুগহ্বরে থাকিয়া যায় এবং প্রসবকালে ভ্রূণনির্গমনের সহিত বহির্গত হইয়া থাকে।

হাইড্রোকেফেলস, মেনিঙ্গোসিল, স্পাইনেবীফিডা ও এসাইটিস প্রভৃতি পীড়া, এবং প্লীহা, যকৃৎ ও মূত্রগ্রন্থি প্রভৃতি প্রদেশে কেন্‌সার ও অন্য কোন প্রকার অর্ব্বুদ জনিত হইয়া গর্ভস্থ শিশুর জীবন বিপন্ন এবং প্রসবের বিঘ্ন উৎপাদন করিতে পারে।

পরিস্রবের অস্বাভাবিক অবস্থা ও পীড়া।

পরিস্রবের অস্বাভাবিক অবস্থা।—প্ল্যাসেণ্টা সাধারণতঃ জরায়ুর ঊর্দ্ধভাগে অন্যতর ফেলোপিয়ন নালীর নিকটে সংস্থিত; তাহা না হইয়া জরায়ু-মুখের নিকট, অথবা তাহার উপরিভাগে উদ্ভূত হইলে ইহা "প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়া" নামে বর্ণিত হইয়া থাকে; "প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়ার" বিষয় স্থানান্তরে বর্ণিত হইবে। প্ল্যাসেণ্টা গোল পিষ্টকাকার না হইয়া অর্দ্ধচন্দ্রের ন্যায়, অথবা

অন্য কোনরূপ বিকৃতাকার হইতে পারে। এরূপ হইলে কোন কোন স্থলে ইহা পাতলা হইয়া জরায়ুপ্রাচীরের বহুদূর পর্য্যন্ত বিস্তৃত থাকে ; ইহাকে প্ল্যাসেণ্টা মেম্ব্রেণেশিয়া বলা যায়। আবার কোন কোন স্থলে সাধারণ পরিস্রব ব্যতিরেকেও অনেকগুলি ছোট ছোট পারিস্রবিক টিস্থ বিদ্যমান থাকিতে পারে ; ইহাকে প্ল্যাসেণ্টা সাক্‌সেঞ্চুরিয়াটি কহে। পরিস্রবের এই শেষোক্ত বিপর্য্যয় থাকিলে প্রসবান্তে সেই ছোট ছোট প্ল্যাসেণ্টাগুলি রহিয়া গিয়া রক্তস্রাব ও তাহাদের বিয়োজনে সেপ্টিসিমিয়া উদ্ভাবন করিতে পারে। গর্ভস্থ শিশু বড় হইলে প্ল্যাসেণ্টা বর্দ্ধিতায়তন হইবার সম্ভাবনা। কোন কোন স্থলে ভ্রূণের মৃত্যু হইবার পর প্ল্যাসেণ্টার সহিত মাতার সম্বন্ধ থাকাতে ইহার আয়তন ক্রমে বর্দ্ধিত হইতে থাকে ; হাইড্রাম্নিয়স পীড়ায়ও সময়ে সময়ে এইরূপ পরিবর্ত্তন দেখিতে পাওয়া যায়। ভ্রূণ ছোট হইলে প্ল্যাসেণ্টা ছোট হইবার সম্ভাবনা, পরিস্রবের অপজনন বশতঃও ইহা খর্ব্বায়তন হইতে পারে। প্ল্যাসেণ্টার এরূপ এট্রফি হইলে শোণিত-সঞ্চালনের ব্যতিক্রম ঘটিয়া ভ্রূণের মৃত্যু হইবার সম্ভাবনা।

প্রদাহ।—পরিস্রবের নির্ম্মাণ-কৌশল যেরূপ, তাহাতে ইহার প্রকৃত প্রদাহ হওয়া সম্ভবপর বলিয়া বোধ হয় না। ইহাতে স্নায়ুর বিস্তার নাই ; ক্যাপিলরী নাড়ী কেবল ইহার ভ্রূণাংশেই বিদ্যমান ;—মাতৃ-অংশে নহে। এরূপ হওয়াতে "মাইগ্রেশন অব সেল্‌স" বা কোষসমূহের বিসর্পণ এবং রক্তনালী সমুদায়ের আকুঞ্চন ও বিস্ফারণ প্রভৃতি যে সকল পরিবর্ত্তন প্রদাহ হইতে জনিত হইয়া থাকে, প্ল্যাসেণ্টার প্রদাহে তৎসমুদায় কিরূপে হইতে পারে, তাহা বুঝিয়া উঠা যায় না ; তবে প্রদাহজনিত নূতন টিস্থর ন্যায় *যে পদার্থ ও পূয় সময়ে সময়ে প্ল্যাসেণ্টায় দেখিতে পাওয়া যায়, সম্ভবতঃ* তাহা পরিস্রবের শোণিতস্রাব, অথবা জরায়ুপ্রাচীরের প্রদাহ হইতে উদ্ভূত হইয়া থাকে।

উপদংশ।—উপদংশ পীড়া সচরাচর পরিস্রবের মাতৃ ও ভ্রূণ—উভয় অংশেই হইয়া থাকে। এই পীড়া বশতঃ কোরিয়ণের ভিলাই সমুদায়ে এক প্রকার হীন প্রকৃতির সংযোজক টিস্থ উৎপাদিত হয় ; তাহাতে শোণিত-সঞ্চালনের ব্যতিক্রম ঘটে। ডেসিডুয়াতেও উক্তরূপ অস্বাভাবিক টিস্থ সঞ্জাত

হইয়া পুরাতন প্রাদাহিক অবস্থা উৎপাদন করে। এই সকল পরিবর্ত্তনে পরিস্রবের অপজনন হইতে থাকে; ইহার নির্ম্মায়ক প্রকৃত উপাদান সমূহ ক্রমে অধিক বা অল্প পরিমাণে বসাতে পরিণত হয়। ইহাতে কখন কখন ক্যাল্কেরিয়স এবং রঞ্জন পদার্থের সমাবেশ দেখিতে পাওয়া যায়। পরিস্রবে শোণিত নিঃস্রুত হইয়া তাহার পরিবর্ত্তনেও উক্তরূপ অপজনন হইতে পারে। এইস্থলে একথাও বলা আবশ্যক যে, গর্ভের সমাপ্তিকাল অগ্রসর হইয়া আসিলে পরিস্রবে স্বভাবতঃ মেদাপজনন হইয়া থাকে।

কখন কখন পরিস্রবে ফাইব্রোমা ও সার্কোমা প্রভৃতি উৎসেধ হইতে দেখা যায়।

নাভিরজ্জুর অস্বাভাবিক অবস্থা ও পীড়া।

নাভিরজ্জুর অস্বাভাবিক অবস্থা।—কোন কোন স্থলে নাভি-রজ্জু পরিস্রবের মধ্যস্থলে না থাকিয়া ইহার কিনারায় সংস্থিত হইয়া থাকে। এইরূপ প্ল্যাসেণ্টাকে "ব্যাট্‌ল্‌ ডোর প্ল্যাসেণ্টা" বলা যায়। আবার কখন কখন নাভিরজ্জু নলাকার না হইয়া ইহার রক্তনালী সমূহের পৃথক্ পৃথক্ বিস্তার বশতঃ একটী বিস্ফারিত ঝিল্লির আকারে পরিস্রবে মিলিত হইয়া থাকে।

কোন কোন স্থলে রজ্জু সাতিশয় ছোট, অথবা সাতিশয় বড় হইতে পারে; এ সম্বন্ধে পূর্ব্বে লেখা হইয়াছে। কর্ড সাতিশয় দীর্ঘ হইলে ভ্রূণের অঙ্গপ্রত্যঙ্গ ও গলদেশে জড়াইবার সম্ভাবনা। এরূপ জড়িত হইলেও রজ্জুতে "হোয়ার্টনের জেলি" থাকাতে ইহার শোণিত-সঞ্চালনের ব্যতিক্রম প্রায়ই ঘটিতে পারে না। কোন কোন স্থলে শোণিত-সঞ্চালনের ব্যতিক্রম হইয়া ভ্রূণের জীবন নিঃশেষিত করিয়া ফেলে। নাভিরজ্জুর চাপে ভ্রূণের অঙ্গচ্ছেদ হওয়াও অসম্ভব নহে।

নাভিরজ্জুতে সাধারণতঃ দুইটী ধমনী ও একটী শিরা বিদ্যমান থাকে; তাহা না হইয়া সময়ে সময়ে ইহাতে দুইটী শিরা ও একটী ধমনী, অথবা একটী ধমনী ও একটী শিরা দেখিতে পাওয়া যায়।

প্রসবের পূর্ব্বে, অথবা প্রসবকালে শিশু নাভিরজ্জুর একটী ফাঁসের ভিতর দিয়া গলিয়া গেলে রজ্জুতে গাঁইট পড়িতে পারে। নাভিরজ্জু অতি-শয় দীর্ঘ হইলে এবং এমনিয়ন জলে ভ্রূণ সহজে সঞ্চালিত হইতে পারিলে এইরূপ ঘটনা হইবার সম্ভাবনা। নাভিরজ্জুতে হোয়ার্টনের জেলি থাকাতে এরূপ গ্রন্থি সত্বেও ইহার শোণিতসঞ্চালনের ব্যতিক্রম অনেক সময় হয় না।

ডেসিডুয়ার পীড়া।

প্রাদাহিক পীড়া।—গর্ভাবস্থায় ডেসিডুয়ার প্রদাহ হইলে, সেই পীড়া প্রায়ই পুরাতন প্রকৃতির হইবার সম্ভাবনা; অনেক স্থলে ইহা গর্ভের পূর্ব্ব হইতেই বিদ্যমান থাকে। প্রদাহবশতঃ প্রায়ই ডেসিডুয়ার অল্প বা অধিক পরিমাণে "হাইপার্ট্রফি" হইতে দেখা যায়। ঝিল্লির উপর সময়ে সময়ে পলিপসের ন্যায় ছোট ছোট উৎসেধও হইয়া থাকে। ডেসিডুয়ার প্রদাহ ও তজ্জন্য অপজনন হইয়া ইহা হইতে শোণিত নিস্রুত হইয়া গর্ভস্রাব ঘটিয়া থাকে।

গর্ভাবস্থায় জলনিঃস্রব।—গর্ভাবস্থায় কোন কোন স্থলে জরায়ু হইতে জলীয় নিঃস্রব নিঃসৃত হইয়া থাকে; ইংরাজিতে ইহাকে হাইড্রোরিয়া গ্রেভিডেরম বলা যায়। এই জলনিঃস্রব অনেক স্থলে গর্ভের শেষভাগে হইয়া থাকে। সময়ে সময়ে ইহা প্রচুর পরিমাণে নিঃসৃত হইতে দেখা যায়। তজ্জন্য গর্ভিণী ও তাঁহার আত্মীয় স্বজন সাতিশয় উদ্বিগ্ন হইয়া থাকেন। কিন্তু ইহা দ্বারা প্রায়ই গর্ভের কোন বিঘ্ন উৎপাদিত হয় না। জলনিঃস্রব সাতিশয় অথবা উপর্য্যুপরি হইলে অকাল প্রসব আনয়ন করিতে পারে। কিন্তু ইহার সহিত প্রসবের কোন লক্ষণ বিদ্যমান না থাকাতে এবং জলস্রাব থাকিয়া থাকিয়া হওয়াতে ইহাকে গর্ভের প্রারম্ভ লক্ষণ বলিয়া ভুল হইতে পারে না। ইহার কারণ নির্দ্দেশে কেহ কেহ বলেন, ডেসিডুয়া ভেরা ও তত্রত্য গ্রন্থি সমুদায় প্রাদাহিক ভাব প্রাপ্ত হওয়াতে তাহাদের নিঃস্রব বৃদ্ধি পায়; তাহাতেই এই জলীয় অংশ নির্গত হইয়া থাকে। আবার কেহ কেহ বিবেচনা করেন যে, কোরিয়ন ও এমনিয়নের মধ্যে যে

ব্যবধান থাকে, সেই স্থল হইতেই এই নিঃস্রব প্রকৃত হয়। সম্ভবতঃ অনেক স্থলে এই শেষোক্ত প্রদেশ হইতেই জলীয় নিঃস্রব হইয়া থাকে। এমনিয়ন ঝিল্লি ঊর্দ্ধে একস্থলে বিচ্ছিন্ন হইলে জরায়ু মধ্য হইতে জলস্রাব হইতে পারে। কোন চিকিৎসা দ্বারাই হাইড্রোরিয়া গ্রেভিডেরমের প্রতিবিধান করা যায় না। গর্ভিণীর শৌচাচার ও বিশ্রামের দিকে বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। এই পীড়ায় গর্ভ অনেক সময় অক্ষুণ্ণ ভাবে পূর্ণকালে উপনীত হইয়া থাকে।

ঝিল্লি সমূহের পীড়া।

হাইড্রাম্নিয়স্।—এমনিয়ম গহ্বরে অত্যধিক পরিমাণ এমনিয়ম জল থাকিলে তাহাকে হাইড্রাম্নিয়স্ বলা যায়। কি কারণে এই পীড়া উদ্ভূত হয়, তাহা নির্ণীত হয় নাই;—সম্ভবতঃ ডেসিডুয়া ও কোরিয়নের প্রাদাহিক, অথবা অন্য কোন অস্বাভাবিক অবস্থা সংঘটিত হইয়া প্ল্যাসেণ্টার শোণিতসঞ্চালনের ব্যতিক্রম হয় এবং তৎসঙ্গে এমনিয়ম জল অধিক পরিমাণে নিঃসৃত হইয়া থাকে। ইহা যে, স্থানিক কারণে সম্ভূত হয়, যমজ গর্ভে তাহার প্রমাণ দৃষ্ট হইয়া থাকে। যাঁহাদের গর্ভে যমজ সন্তান সম্ভূত হয়, সময়ে সময়ে তাঁহাদের একটী থলিতে এই পীড়া দেখিতে পাওয়া যায়; অপরটী সম্পূর্ণ স্বাভাবিক থাকে।

এমনিয়ম জলের আধিক্যে জরায়ু সাতিশয় বিস্ফারিত হইয়া মাতার দেহে কতকগুলি কষ্টকর লক্ষণ উদ্ভাবিত করে; জরায়ুর ঊর্দ্ধচাপে গর্ভিণীর শ্বাসপ্রশ্বাসের ব্যতিক্রম হয়; হৃৎপিণ্ড স্বাভাবিক স্থান হইতে বিচ্যুত হইতে পারে; তাহার শোণিতসঞ্চালন-প্রণালীর ব্যতিক্রম ঘটিয়া থাকে। জরায়ুর নিম্নচাপে দেহের নিম্নাংশের শোণিতসঞ্চালনের ব্যাঘাত জন্মাইয়া ভলভা ও পদদ্বয় প্রভৃতি স্থলে ইডিমা শোথ আনয়ন করে। যমজ সন্তান থাকিলে জরায়ুর আয়তন অধিক পরিমাণে বর্দ্ধিত হইয়া থাকে; সেরূপ হইলে হাইড্রাম্নিয়স রোগ বলিয়া ভ্রম হইবার সম্ভাবনা। এসাইটিস্ ও ওভেরীর টিউমার বায়া এবডোমেনের বিবৃদ্ধি হইলে, অথবা গর্ভের সহিত এই সকল

পীড়া বিদ্যমান থাকিলে প্রকৃত অবস্থা নির্ণয় করা কঠিন হইয়া উঠে। অভ্যন্তরীণ চাপ বশতঃ জরায়ুকে বর্দ্ধিত বলিয়া প্রতীত হইলে প্রকৃত অবস্থা নির্ণয় করা সহজ হইয়া পড়ে। জরায়ু এইরূপ বিস্ফারিত হইলে ইহার কুঞ্চনশীলতা বিদ্যমান থাকে এবং সময়ে সময়ে ইহার অভ্যন্তরীণ "ফ্লাক্‌চুয়েশন" স্পষ্ট অনুভূত হয়। জরায়ু সাতিশয় বিস্ফারিত হইলে ইহার যৌন অংশও অধিক বিস্ফারিত হইয়া উঠে; অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা দ্বারা তাহা স্পষ্ট বুঝিতে পারা যায়। হাইড্রাম্নিয়সে লাইকার এম্নিয়মের আধিক্যবশতঃ ভ্রূণের অংশ সমুদায় স্পষ্ট অনুভূত হয় না এবং হৃৎপিণ্ডের শব্দও অতি মৃদুভাবে শুনিতে পাওয়া যায়। যমজ ভ্রূণের অস্তিত্ববশতঃ জরায়ু বিস্ফারিত হইলে এমনিয়মের অল্পতা প্রযুক্ত ভ্রূণের অঙ্গপ্রত্যঙ্গসমূহ স্পষ্ট অনুভূত হয় এবং হৃৎপিণ্ডের শব্দও অধিক জোরে শ্রুত হইয়া থাকে। যমজ গর্ভে প্রত্যেক ভ্রূণের হৃৎপিণ্ডের শব্দ পৃথক্ পৃথক্ স্থলে শুনিতে পাওয়া যায়।

হাইড্রাম্নিয়স হইলে গর্ভ ক্বচিৎ পূর্ণতা প্রাপ্ত হইয়া থাকে। জরায়ুর সাতিশয় বিস্ফারণ, অথবা ভ্রূণের মৃত্যুনিবন্ধন প্রায়ই অকালপ্রসব ঘটিতে দেখা যায়। জরায়ু সাতিশয় বিস্ফারিত থাকাতে প্রসবকালে সম্যক্‌রূপে সঙ্কুচিত হইতে পারে না, তাহাতে প্রসবের বিঘ্ন উৎপাদিত হইবার সম্ভাবনা। এরূপ অবস্থায় প্রসবের প্রথম ক্রম প্রায়ই বিলম্বিত হয় এবং প্রসবান্তে শোণিতস্রাবের অধিক সম্ভাবনা থাকে।

হাইড্রাম্নিয়স নিরতিশয় হইলে সময়ে সময়ে এম্নিয়ম থালি ছিন্ন করিয়া অকালপ্রসব আনয়ন করা আবশ্যক হইয়া উঠে। এস্পিরেটর দ্বারা এম্নিয়ম জল কিয়ৎপরিমাণে বহির্নিঃসারিত করিলে অকালপ্রসব না হইয়া জরায়ু-গহ্বরের আয়তন কিয়ৎপরিমাণে কমিয়া যাইতে পারে।

এম্নিয়ম জলের অল্পতা।—ইহা হাইড্রাম্নিয়সের বিপরীত অবস্থা। ইহাতে এম্নিয়ম জল অল্প পরিমাণ থাকাতে ভ্রূণের অঙ্গপ্রত্যঙ্গ এম্নিয়ম ঝিল্লির সহিত সংশ্লিষ্ট ও বিকৃত হইতে পারে।

জরায়ুর হাইড্যাটিড্‌স্ বা ভেসিক্যুলার মোল।—কোরিয়নের বিবৃদ্ধি ও মিউকসের অপজননে এই পীড়া উদ্ভাবিত হইয়া থাকে। ইহা গর্ভজনিত পীড়া; পূর্ব্বে অনেকে ইহাকে একিনোককাই নামক পরাঙ্গ-

পুষ্ট দ্বারা উৎপাদিত বলিয়া মনে করিতেন ; এইজন্য এই পীড়া কোরিয়নের হাইড্যাটিডস্ নামে অভিহিত হইয়াছে। কখন কখন জরায়ুগহ্বরে একিনোককাই জনিত হাইড্যাটিডও দেখিতে পাওয়া যায় ; কিন্তু তাহা অতি বিরল। এই পীড়ায় কোরিয়নের ভিলাইগুলি বর্দ্ধিত হইয়া ছোট ছোট অর্দ্ধস্বচ্ছ ভেসিকেল বা থালির আকারে পরিণত হয় এবং পরস্পরের উপরিভাগে পুঞ্জরূপে একত্রিত হইয়া ওভামকে ঢাকিয়া ফেলে। প্রত্যেক ভেসিকেল পৃথক্ পৃথক্ বোঁটায় সংস্থিত থাকে না, একটী ভেসিকেলের উপর অপর একটী ভেসিকেল থাকিতে দেখা যায়। ভেসিকেলগুলি এমিয়স জলের ন্যায় একপ্রকার তরল স্বচ্ছ পদার্থে পরিপূর্ণ। পরিস্রব উদ্ভূত হইবার পূর্ব্বে এই পীড়া সঞ্জাত হইলে ইহা কোরিয়নের সর্ব্বত্রই ব্যাপ্ত হইয়া পড়ে ; কিন্তু পরিস্রব হইবার পর সঞ্জাত হইলে কোরিয়নের অন্যান্য স্থলে ভিলাই সমুদায় না থাকাতে এই পীড়া কেবল পরিস্রবেই হইয়া থাকে।

কারণ।—হাইড্যাটিড্স্ হইলে ভ্রূণের শোণিতসঞ্চালনের ব্যতিক্রম হওয়াতে তাহার জীবন নিঃশেষিত হইয়া পড়ে। কেহ কেহ বিবেচনা করেন ভ্রূণের মৃত্যুর পর এইরূপ অপজনন আরম্ভ হয়। ভ্রূণের শোণিত-সঞ্চালন বন্ধ হওয়াতে ডেসিডুয়ায় সঞ্চালিত শোণিতের পোষণকার্য্য কোরিয়নের উপরই ন্যস্ত হইয়া থাকে ; তাহাতেই কোরিয়নের এই পীড়া সঞ্জাত হয় ; তৎসঙ্গে ডেসিডুয়াতেও হাইপার্ট্রফি হইয়া থাকে। সম্ভবতঃ অন্য কোন কারণ ইহার সহিত একত্রে কার্য্য করিয়া এই পীড়া উদ্ভাবিত করে। কেহ কেহ উপদংশকে এই পীড়ার কারণ বলিয়া নির্দ্দেশ করিয়া থাকেন। জরায়ুর আধেয় বহির্নিঃসারিত হইলে ওভাম প্রায়ই গলিত ও বিলুপ্ত অথবা অর্দ্ধগলিত অবস্থায় লক্ষিত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে সমগ্র আধেয় বহির্নিঃসারিত না হইয়া কিয়দংশ থাকিয়া যায় ; তাহা হইতে আবার নূতন ভেসিকেল উদ্ভূত হইয়া কয়েক দিবস পরে—সময়ে সময়ে কয়েক বৎসর পরে—আবার বহির্নিঃসৃত হইয়া পড়ে।

চিহ্ন ও লক্ষণাবলী।—হাইড্যাটিডস্ পীড়া সঞ্জাত হইলে জরায়ুর আয়তন অধিক পরিমাণে বর্দ্ধিত হইয়া থাকে ; তৃতীয় মাসেই ইহার কণ্ডাস নাভিস্থলে উত্থিত হয় এবং প্রভাত বমন প্রভৃতি গর্ভের সাহানুভূতিক

লক্ষণাবলীর আধিক্য লক্ষিত হইয়া থাকে। জরায়ুর আকার অসম হইয়া পড়ে; ইহার স্থিতিস্থাপক ভাব থাকে না; তৎকালে ইহার উপর চাপ দিলে অনেক পরিমাণে ময়দার তালের ন্যায় বোধ হইয়া থাকে। এই সমস্ত লক্ষণদ্বারা গর্ভের অবস্থা অস্বাভাবিক বলিয়া সূচিত হয়। ব্যালটমেঁা, ভ্রূণহৃদয়ের স্পন্দনধ্বনি প্রভৃতি গর্ভসূচক নিশ্চিত লক্ষণাবলী দেখিতে পাওয়া যায় না এবং শোণিতমিশ্রিত কৃষ্ণাভ জলীয় নিঃস্রব সময়ে সময়ে জরায়ু হইতে অধিক বা অল্প পরিমাণে নিঃসৃত হইয়া থাকে। এই সমস্ত লক্ষণ দ্বারা জরায়ুর আধেয়ের প্রকৃত অবস্থা অনেক পরিমাণে নির্ণীত হয়; হাইড্যাটিডস্ বিচ্ছিন্ন হইয়া সময়ে সময়ে পূর্ণাবয়বে বহির্নিঃসৃত হইতে দেখা যায়। এরূপ হইলে রোগনির্ণয়ে আর সন্দেহ থাকে না।

চিকিৎসা।—পীড়া প্রকৃতরূপে নির্ণীত হইলে জরায়ুর আধেয়ের বহির্নিঃসারণে তৎপর হওয়া আবশ্যক। হাইড্যাটিড্স্ যতক্ষণ জরায়ুগহ্বরে থাকে, ততক্ষণ শোণিতস্রাব হইবার সম্ভাবনা; সেরূপ অবস্থায় শোণিত অকস্মাৎ প্রভূত পরিমাণে নিঃসৃত হইয়া রোগিণীর জীবন বিপন্ন করিতে পারে। আর্গট প্রয়োগে জরায়ুর সঙ্কোচন সাধন করা আবশ্যক। জরায়ুমুখ বিস্ফারিত করিবার জন্য "টেণ্ট" কিম্বা অপর কোন বিস্ফারক প্রয়োগ করিতে হয়। জরায়ুমুখ বিস্ফারিত হইলে হস্তপ্রবেশন পূর্ব্বক আধেয় বহির্নিঃসারিত করিতে পারা যায়। আধেয় বহির্নিঃসারিত করিবার জন্য সময়ে সময়ে ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ করা আবশ্যক হইয়া থাকে। সময়ে সময়ে ভেসিকেলগুলি জরায়ুপ্রাচীরে দৃঢ়ভাবে সংসক্ত থাকে; তজ্জন্য তাহা সহজে বিযুক্ত করিতে না পারিলে এককালে সমস্ত বাহির করা যুক্তিযুক্ত নহে। অত্যন্ত শোণিতস্রাব হইলে জরায়ু-প্রাচীরে পিচ্‌কারী দ্বারা টিঞ্চার ষ্টিল প্রয়োগ করা আবশ্যক হইয়া থাকে; তাহাতে শোণিতস্রাব প্রায়ই বন্ধ হইয়া আইসে।

ভ্রূণের মৃত্যু।—ভ্রূণের মৃত্যুর পরই তাহা বহির্নিঃসৃত না হইয়া অনেক দিবস পর্য্যন্ত জরায়ুগহ্বরে আবদ্ধ থাকিতে পারে। ডাক্তার ম্যাক্‌লিণ্টক বলেন,—মৃত্যুর পর ভ্রূণ নয় মাসের অধিক জরায়ুগহ্বরে থাকে না; এই সময়ের মধ্যেই বহির্নিঃসৃত হইয়া যায়। মৃত্যুর অল্পপূর্ব্বে

কোন কোন স্থলে ভ্রূণ অত্যন্ত নড়িতে থাকে। যে সকল স্ত্রীলোকের গর্ভে শিশু অনেকবার নষ্ট হইয়াছে, ভ্রূণের এইরূপ সঞ্চলনবৃদ্ধি দ্বারা তাঁহারা তাহার জীবন সঙ্কটাপন্ন বলিয়া অনুভব করিতে পারেন। ভ্রূণের মৃত্যু হইলে ইহার সঞ্চলন বন্ধ হইয়া যায়, এবং হৃৎপিণ্ডের শব্দের বিষমতা হইয়া থাকে; পরে ইহা আর শ্রুত হয় না; জরায়ুর আয়তন ছোট হইয়া আইসে এবং মাতা স্বীয় হাইপোগ্যাষ্ট্রিক প্রদেশে শৈত্য ও ভার বোধ করিতে থাকেন। এ কথা স্মরণ রাখা কর্ত্তব্য যে ভ্রূণ জীবিত থাকিলেও স্থলবিশেষে কয়েক দিবস ধরিয়া তাহার সঞ্চলন অনুভূত হয়না; হৃৎপিণ্ডের শব্দও শুনিতে পাওয়া যায় না। এই জন্য ভ্রূণের মৃত্যু হইয়াছে কি না, সময়ে সময়ে তাহা নির্ণয় করা দুরূহ হইয়া পড়ে। তবে পূর্ব্বে যে স্থলে ভ্রূণহৃদয়ের স্পন্দনধ্বনি শ্রুত হইতেছিল, ভিন্ন ভিন্ন সময়ে অতি সাবধানে তথায় পরীক্ষা করিলেও যদি তাহা শুনিতে না পাওয়া যায় এবং তৎসঙ্গে মৃত্যুসূচক অন্যান্য লক্ষণ বিদ্যমান থাকে, তাহা হইলে ভ্রূণের মৃত্যু হইয়াছে বলিয়া ধরিয়া লইতে হয়। ভ্রূণের মৃত্যু হইলে মাতার স্তনদ্বয়ের আয়তন হ্রাস হইয়া পড়ে; সময়ে সময়ে তাঁহার শীত ও জ্বর বোধ হয়, মুখমণ্ডলে মালিনা, চক্ষুর চতুর্দ্দিকে কালিমা; স্ফূর্ত্তিহীনতা ও নিরুৎসাহভাব প্রভৃতি লক্ষণ সমুদ্ভূত হইয়া থাকে। এই সমস্ত লক্ষণ সমর্থক চিহ্নমাত্র, বস্তুতঃ ইহাদের সাহায্যে কোনরূপ স্থির সিদ্ধান্তে উপনীত হওয়া যায় না।

মৃত্যুর পর ভ্রূণ জরায়ুমধ্যে থাকিলে এম্নিয়ম জলে সিক্ত হওয়াতে ইহার দেহের অবস্থা পরিবর্ত্তিত হইয়া থাকে; কিন্তু এনিয়ম থালি অক্ষুণ্ণ থাকাতে তন্মধ্যে বায়ু প্রবেশ করিতে পারে না; তাহাতে প্রকৃত বিয়োজনক্রিয়া উৎপাদিত হইতে পায় না। ভ্রূণ ক্ষুদ্রায়তন হইলে ক্রমে বিগলিত হইয়া এম্নিয়ম জলে দ্রবীভূত হইয়া যায়, অথবা "কেসিয়স্" পদার্থে পরিণত হয়;—বৃহদায়তন হইলে জলসিক্ত স্ফীতভাব ধারণ করে; দেহের অংশ সমুদায় নরম হইয়া আইসে; "এপিডার্ম্মিক" বা বহিস্ত্বক্ নিম্নস্থিত "কিউটিস্ ভেরা" বা প্রকৃত ত্বক্ হইতে বিযুক্ত হইয়া পড়ে; প্রকৃত ত্বক্ রক্তাভ বর্ণে পরিদৃশ্যমান হয়। তৎকালে পেশি ও যন্ত্র সমুদায় পরিবর্ত্তিত হইয়া অল্প বা অধিক পরিমাণ বসাবিন্দুতে পরিণত হয়; মস্তিষ্ক অর্দ্ধতরলীভূত হইয়া পড়ে এবং

ক্রেনিয়মের অস্থিসমুদায় ত্বক্ হইতে বিযুক্ত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে মৃত্যুর পর ভ্রূণ নরম না হইয়া শুষ্ক ও ক্ষুদ্রায়তন হইয়া পড়ে। ভ্রূণ ছোট হইলে এইরূপ হইবাব অধিক সম্ভাবনা। ভ্রূণের মৃত্যুব পব এম্নিয়ম থালী ছিন্ন এবং তন্মধ্যে বায়ু প্রবিষ্ট হইলে বিয়োজন কার্য্য আরম্ভ হয়; তাহাতে জবায়ুর প্রদাহ, সেপ্‌টিসিমিয়া, পাইমিয়া প্রভৃতি পীড়া সঞ্জাত হইতে পারে। প্রসববেদনা কখন কখন পূর্ণগর্ভে একবাব দেখা দিয়া ভ্রূণকে নিঃসারিত না কবিয়াই আবাব বন্ধ হইয়া থাকে, প্রসববেদনা আর না আসাতে ভ্রূণ গতজীবন হইয়া অল্প বা অনেক দিবস পর্য্যন্ত জরায়ুগহ্বরে থাকিয়া যায। এরূপ ঘটনা অতি বিরল। এরূপ হইলে ইংরাজিতে "মিস্‌ট্‌ লেবর" বলা যায, যে কোন কারণেই হউক ভ্রূণের মৃত্যু হইলে জরায়ু-মধ্য হইতে তাহা বহির্নিঃসাবিত কবা আবশ্যক. ভ্রূণেব মৃত্যু গর্ভস্রাব ও অকালপ্রসবের একটী প্রধান কাবণ। মৃত ভ্রূণ জরায়ুমধ্যে থাকিলে তাহার চিকিৎসার বিষয় যথাস্থানে লিখিত হইবে।

দশম অধ্যায়।

গর্ভস্রাব ও অকাল প্রসব।

গর্ভ পূর্ণাবস্থা প্রাপ্ত হইবার পূর্ব্বে ভ্রূণের বহির্নিঃসারণ হওয়া বিরল নহে। যাঁহারা অনেকবার সসত্ত্বা হইযাছেন, তাঁহাদিগেব মধ্যে অনেকেরই এই ঘটনা ঘটিয়া থাকে। ডাক্তাব হেগাব সন্দর্শন দ্বারা স্থির করিয়াছেন যে, একের সহিত আট অথবা দশের যে অনু পাত, গর্ভস্রাব ও পূর্ণকালে গর্ভ সমাপ্তির মধ্যে সেই অনুপাত দেখিতে পাওয়া যায়। গর্ভ যতদূর অগ্রসর হইলে ভ্রূণ ভূমিষ্ঠ হইয়া জীবিত থাকিতে পাবে, তাহার পূর্ব্বে এই ঘটনা সংঘটিত হইলে, তাহাকে গর্ভস্রাব কহে। গর্ভাধানের পর অষ্টাবিংশ সপ্তাহ অথবা সপ্তম চান্দ্রমাস পূর্ণ হইবার পূর্ব্বে ভ্রূণ নিঃসৃত হইলে, তাহার জীবিত থাকিবার অতি অল্পই সম্ভাবনা। এইজন্য অষ্টম চান্দ্রমাসেব পূর্ব্ববর্ত্তী কাল গর্ভস্রাবের সময় বলিয়া নির্দ্দিষ্ট হইয়া থাকে। সপ্তম মাস পূর্ণ হইবার পূর্ব্বে শিশু ভূমিষ্ঠ হইয়া বাঁচিয়া থাকিলেও থাকিতে পারে। ষষ্ঠমাসে ভূমিষ্ঠ হইয়া অনেক শিশু বাঁচিয়াছে, এবং পঞ্চম,—এমন কি চতুর্থ মাসেও ভ্রূণ নিঃসৃত হইয়া শ্বাসপ্রশ্বাসেব সহিত অল্পকাল বাঁচিয়া ছিল, এরূপ বিবরণও দেখিতে পাওয়া যায়। গর্ভের শেষ তিন চান্দ্রমাস অকাল প্রসবের সময়। উল্লিখিত মাস-বিভাগানুসারে অকাল প্রসবকার্য্য সম্পন্ন হইয়া থাকে। অকাল প্রসবকার্য্য সম্পন্ন করিতে হইলে পূর্ণগর্ভের যত নিকটবর্ত্তী হয়, তত ভাল, এবং নিঃসারিত শিশুর জীবিত থাকিবার তত অধিক সম্ভাবনা। কেহ কেহ, গর্ভাধানের পর চতুর্থ মাসের মধ্যে ভ্রূণ নিঃসারিত হইলে, তাহাকে গর্ভস্রাব, এবং শিশু ভূমিষ্ঠ হইয়া জীবিত থাকিবার সম্ভাব্যকালের পূর্ব্বে এই ঘটনা হইলে, "মিস্কেরেজ" বলিয়া বর্ণন করিয়া থাকেন। আবার কাহারও কাহারও মতে, প্ল্যাসেণ্টা উদ্ভাবিত হইবার পূর্ব্বে অর্থাৎ প্রথম তিন

মাসের মধ্যে ভ্রূণ নিঃসারিত হইলে তাহা গর্ভস্রাব নামে অভিহিত হইয়া থাকে। তাঁহাদের মতে, প্ল্যাসেণ্টার উর্দ্ধবাস্তে "অন্‌ভায়েবেল" ভ্রূণ নিঃসৃত হইলে "মিস্কেরেজ" বলিয়া বর্ণিত হইয়া থাকে ; কিন্তু এই সকল শ্রেণী বিভাগ নিতান্ত অনাবশ্যক বলিয়া বোধ হয়।

গর্ভস্রাবের নিদান ও কারণ।—কোন কারণে, জরায়ুর অভ্যন্তর হইতে শোণিতস্রাব হইয়া আধেয়কে অল্প বা অধিক পরিমাণে বিযুক্ত করিলে গর্ভস্রাবের সম্ভাবনা। শোণিতস্রাব সামান্যরূপ হইলে, গর্ভের বিশেষ বিঘ্ন না হইয়া গর্ভ অবাধে অগ্রসর হইতে পারে ; কিন্তু তাহা অত্যধিক হইলে, অনেক স্থলেই তৎসঙ্গে অথবা কিয়ৎকাল পরে জরায়ুর আধেয় বহির্নিঃসৃত হইয়া থাকে। সচরাচর ডেসিডুয়া ভেরা ও ডেসিডুয়া রিফ্লেক্সার মধ্যস্থলে শোণিত নিঃসৃত হয়, কিন্তু ইহা ডেসিডুয়া ভেরা ও জরায়ু-প্রাচীরের অথবা ডেসিডুয়া রিফ্লেক্সা ও কোরিয়নের মধ্যে নির্গত হইতে পারে। কোন কোন স্থলে শোণিত উদ্গত হইয়া এমনিয়ন থলিকে পরিপূরিত করিয়া থাকে। যদি জরায়ুর অন্তর্মুখের নিকটস্থ ডেসিডুয়া হইতে গুভামের কিঞ্চিৎ অন্তরে শোণিত নিঃসৃত হয়, তাহা হইলে গর্ভের বিশেষ ক্ষতি না হইতে পারে ;—প্রভূত শোণিত নিঃসৃত হইলেও সময়ে সময়ে এই কারণে গর্ভরক্ষা পাইতে দেখা যায়।

ভ্রূণের মৃত্যু গর্ভস্রাবের একটী প্রধান কারণ। ভ্রূণের মৃত্যু হইলেও, ইহা বহির্নিঃসৃত না হইয়া জরায়ু মধ্যে অনেক দিন পর্য্যন্ত আবদ্ধ থাকিতে পারে। পূর্ব্বে বলা হইয়াছে ডাক্তার ম্যাক্‌লিণ্টকের সন্দর্শনানুসারে মৃত ভ্রূণ নয় মাসের অধিক জরায়ু মধ্যে থাকে না, এই সময়ের মধ্যেই বহির্নিঃসারিত হইয়া পড়ে। মৃত ভ্রূণ জরায়ুগহ্বরে থাকিলে অপজনন বশতঃ যে সকল পরিবর্ত্তন হইয়া থাকে, ভ্রূণের মৃত্যু-বর্ণন-কালে তাহা লিখিত হইয়াছে। শোণিত নিঃসৃত হইয়া জমাট বাঁধায় এবং তাহার লালবর্ণ অপগত হওয়ায় তাহা সাদা ফাইব্রিণের ন্যায় হইয়া পড়ে। জরায়ুর আধেয় উক্তরূপ পরিবর্ত্তিত ও বিকৃত হইয়া নিঃসৃত হইলে ইহাকে "ফ্লেশি মোল" বা মাংসপিণ্ড কহে। ভ্রূণের মৃত্যুর পরও জরায়ুর সহিত প্ল্যাসেণ্টা ও মেম্ব্রেণ সমুদায়ের সংযোগ বিচ্ছিন্ন না হইয়া ভ্রূণের অপজননের সহিত

তৎসমুদায় বর্দ্ধিত হইতে পারে। এই পরিবর্দ্ধনের সহিত নূতন রক্তনালী উদ্ভাবিত হইয়া থাকে; এইজন্য ওভাম বিনষ্ট হইলেও কখন কখন জরায়ুকে কিয়ৎপরিমাণে বর্দ্ধিত হইতে দেখা যায়। মৃত ভ্রূণ যত দিন জরায়ু মধ্যে আবদ্ধ থাকে, ততদিন গর্ভলক্ষণাবলী সম্পূর্ণ বিদূরিত হয় না; জরায়ুর আধেয়ের উত্তেজনায় এবং বায়ু সংযোগে তৎসমুদায়ের বিয়োজনে প্রাদাহিক ও সেপ্টিসিমিক পীড়া উৎপাদিত হইতে পারে, ইহাতে মধ্যে মধ্যে শোণিত উৎপাদিত করে।

গর্ভাবস্থায় ঋতুনির্দ্দেশক সময়ে গর্ভস্রাব হইবার অধিক সম্ভাবনা। গর্ভের প্রথম কয়েক মাসে এই ঘটনা অধিক সংঘটিত হয়। তৎকালে ওভাম ক্ষুদ্রায়তন এবং জরায়ুর সহিত ইহার সংযোগ শিথিল থাকাতে, ইহা সহজে বিযুক্ত ও নির্গত হইতে পারে। পরে ইহার আয়তন পরিবর্দ্ধিত এবং জরায়ুর সহিত ইহার সংযোগ দৃঢ়ীভূত হওয়াতে গর্ভস্রাব অনেকস্থলে অধিকতর বিপদ আনয়ন করে। যতদিন প্ল্যাসেণ্টা উদ্ভূত না হয়, ততদিন জরায়ুর সমস্ত আধেয় অনেক স্থলে একত্রে নিঃসৃত হইয়া থাকে। ফুল উদ্ভূত হইলে এমনিয়ম্ থালী বিচ্ছিন্ন হইয়া প্রায়ই অগ্রে ভ্রূণ, পরে অন্যান্য আধেয় বহির্নিঃসৃত হইতে দেখা যায়। এই সময় জরায়ু-প্রাচীরের সহিত প্ল্যাসেণ্টা ও মেম্ব্রেণ সমূহের সংযোগ দৃঢ়ভাবে নিবদ্ধ থাকাতে, সেগুলি সহজে বিযুক্ত হয় না; তাহাতে শোণিতস্রাব অধিক হইবার সম্ভাবনা। গর্ভের চতুর্থ ও পঞ্চম মাসে এই আশঙ্কার কারণ অধিক; তাহার পর গর্ভ অগ্রসর হওয়াতে জরায়ু যত বর্দ্ধিত হয়, এই আশঙ্কা তত কমিতে থাকে। পরে অকাল প্রসবের কাল উপস্থিত হইলে জরায়ুর সঙ্কোচজনিত কার্য্যফল অনেক পরিমাণে পূর্ণমাসের প্রসবকালের ন্যায় হইয়া থাকে। এইকালে জরায়ুগ্রীবা কোমল ও সহজে বিস্ফারণশীল হইয়া আইসে; তাহাতে ভ্রূণ সহজে বহির্নিঃসারিত হইতে পারে; এবং প্ল্যাসেণ্টা ও মেম্ব্রেণ সমুদায় সহজে বিযুক্ত হওয়াতে শোণিতস্রাবের আশঙ্কাও কমিয়া যায়। ভ্রূণের মৃত্যুর পর গর্ভস্রাব হইলে প্ল্যাসেণ্টার সহিত জরায়ুর সংযোজক রক্তনালী সমুদায়ের অপজনন হইতে থাকে এবং তাহাদের আয়তন কমিয়া যায়; তাহাতে শোণিতস্রাবের সম্ভবনা অধিক থাকে না; ভ্রূণ নির্গমনের পর

জরায়ু হইতে প্ল্যাসেণ্টা ও ঝিল্লি সমুদায় নিঃসারিত না হইলে অনেক স্থলে সময়ে সময়ে শোণিতস্রাব হয় এবং জরায়ু-প্রদাহ, সেপ্টিসিমিয়া ও পাই-মিয়া প্রভৃতি পীড়া উৎপাদিত হইতে দেখা যায়। জরায়ুর সহিত প্ল্যাসেণ্টার সংযোগ বিচ্ছিন্ন না হইয়া ইহা জরায়ু-প্রাচীরে "প্ল্যাসেণ্ট্যাল পলিপাস" রূপে থাকিতে পারে এবং তাহাতে "ফাইব্রয়েড পলিপাসের" ন্যায় শোণিতস্রাব হইবার সম্ভাবনা।

গর্ভস্রাবের কারণাবলী নিম্নলিখিত শ্রেণীবিভাগানুসারে বর্ণিত হইতে পারে :—

১। ভ্রূণের মৃত্যু।—নানা কারণে গর্ভস্থ শিশুর মৃত্যু হইতে পারে। মাতার উপদংশ পীড়া ভ্রূণের মৃত্যুর একটী প্রধান কারণ। এই রোগে উপর্য্যুপরি গর্ভ নষ্ট হইতে দেখা যায়। ভ্রূণ পিতা হইতে উপদংশ রোগ প্রাপ্ত হইয়া মাতাকে ঐ রোগে সংক্রামিত করিতে পারে। উপদংশ বশতঃ প্ল্যাসেণ্টা ও মেম্ব্রেণ সমুদায়ের অপজননে অনেক স্থলে ভ্রূণের মৃত্যু হয়। টাইফস, টাইফয়েড ও বসন্ত প্রভৃতি জ্বর রোগে এবং ডেসিডুয়া ও কোরিয়নের পীড়া বশতঃও ভ্রূণের মৃত্যু হইতে পারে। নাভিরজ্জু ভ্রূণকে জড়িত করিয়া সময়ে সময়ে ইহার মৃত্যুর কারণ হইয়া থাকে। ভ্রূণের মৃত্যু হইলে ইহা জরায়ু মধ্যে বাহ্য পদার্থরূপে অবস্থিতি করে, তাহাতে জরায়ু প্রদীপিত হইয়া আধেয়কে বহির্নিঃসারিত করিয়া দেয়। মৃত ভ্রূণের উত্তে-জনায় জরায়ু হইতে শোণিত নিঃসৃত হইলে, তাহাও জরায়ু-সঙ্কোচনের কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে।

২। মাতার শারীরিক অবস্থা।—উপদংশ, টাইফস, বসন্ত প্রভৃতি পীড়ায় জরায়ু মধ্যে ভ্রূণের মৃত্যু না হইয়াও গর্ভস্রাব হইয়া থাকে। এলবুমিনিউরিয়া রোগে শোণিতে নিকৃষ্ট পদার্থ অধিক পরিমাণে আবদ্ধ থাকা গর্ভস্রাবের একটী প্রধান কারণ। অঙ্গারাম্ল বাষ্প প্রভৃতি পূতিগন্ধময় দূষিত বাষ্পের বিষীকরণেও গর্ভস্রাব হইতে পারে। সীসক বিষেও গর্ভ নষ্ট হইবার সম্ভাবনা। সাতিশয় শারীরিক পরিশ্রম, সামাজিক আমোদ প্রমোদ ও অতিরিক্ত সুরাপানে শরীর দুর্ব্বল ও শিথিল হইয়া পড়ে; তখন সামান্য উত্তেজক কারণেই গর্ভস্রাব হইয়া থাকে। অতিশয় সংসর্গ

শরীরের দুর্ব্বলতা এবং জননেন্দ্রিয়ের শোণিতাধিক্য সাধন করায় গর্ভস্রাবের কারণ হইয়া পড়ে। প্রথম গর্ভিণীদিগের অপেক্ষা বহুপ্রসবিনীদিগের অধিক গর্ভস্রাব হইতে দেখা যায়। একবার গর্ভস্রাব হইলে, তাহা দ্বিতীয়বার গর্ভস্রাবের উত্তেজক কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। উপর্য্যুপরি গর্ভস্রাব হইলে জরায়ুর একপ্রকার প্রদাহিত অবস্থা সমুদ্ভূত হয়; তাহা হইলে গর্ভ প্রায়ই পূর্ণমাসে অগ্রসর হইতে পায় না; সামান্য উত্তেজক কারণেই ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত হইয়া থাকে।

৩। স্নায়বিক অবস্থা।—স্নায়বিক উত্তেজনাও গর্ভস্রাবের একটী প্রধান কারণরূপে পরিগণিত হইতে পারে। ভল্‌ভা, যোনিনিয়ম, অথবা স্তন-যুগল উত্তেজিত হইলে জরায়ু সঙ্কুচিত হইতে দেখা যায়, এইজন্য গর্ভাবস্থায় স্তন যুগল কোন কারণে উত্তেজিত হইলে জরায়ু সঙ্কুচিত হইয়া সময়ে সময়ে গর্ভস্রাব ঘটাইয়া থাকে। শিশুকে স্তনদান করাতে জরায়ুর এইরূপ সঙ্কোচন সমুদ্ভূত হইতে পারে। সেইরূপ ভল্‌ভা ও যোনিনিয়মে হঠাৎ শৈত্য প্রয়োগ করিলে জরায়ুর অধিক সঙ্কোচন হইবার সম্ভাবনা। বদ্ধমল, ক্রিমি, অথবা উৎকট বিরেচকের উত্তেজনায় গর্ভস্রাব হইতে দেখা যায়। দেহের কোন স্থলে ব্লিষ্টার ও তাড়িত প্রয়োগে গর্ভস্রাব হইতে পারে। উদরাধ্মান, উদরাময় ও আমাশয় পীড়া প্রায়ই গর্ভকে পূর্ণমাসে অগ্রসর হইতে দেয় না। উৎকট ভীতি ও মানসিক উদ্বেগ এবং দেহের বিষ্টম্ভিত ভাব গর্ভস্রাবের বলবৎ কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে।

৪। জরায়ুর অস্বাভাবিক অবস্থা।—জরায়ুর প্রদাহিত ভাব থাকিলে গর্ভাধান না হইবারই সম্ভাবনা; এইরূপ অবস্থায় গর্ভ হইলে তাহা প্রায়ই অধিক দূর অগ্রসর হয় না। জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রদাহিত অবস্থা প্রায়ই গর্ভস্রাবের অমোঘ কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। জরায়ু স্বস্থানচ্যুত হইলে, অথবা ইহার প্রাচীরে ফাইব্রয়েড টিউমার জন্মিলে, কিম্বা নিকটস্থ প্রদেশের সহিত ইহা সংযুক্ত থাকিলে, জরায়ুর পরিবর্দ্ধনে ব্যাঘাত ঘটাতে প্রায়ই গর্ভস্রাব হইতে দেখা যায়। জরায়ুর স্থানচ্যুতির মধ্যে ইহার "রিট্রোভার্ষণ" বা পশ্চাদবনমন গর্ভস্রাবের একটী প্রধান কারণ। গর্ভসঞ্চারে এই স্থানচ্যুতি আপন হইতে পরিশোধিত না হইলে,

অথবা তাহা সংশোধিত না করিলে গর্ভের অগ্রসরণের বিরুদ্ধে বাধা স্থাপন করিয়া থাকে, তাহাতে জরায়ু ঊর্দ্ধে উঠিতে না পাওয়াতেই গর্ভস্রাব ঘটিতে দেখা যায়।

৫। আঘাত।—আঘাত বা তদনুরূপ অন্য কোন্ কারণ হঠাৎ শোণিত নিঃসাবিত এবং ওভাম বিযুক্ত করিয়া গর্ভস্রাব ঘটাইতে পারে। পতন, ঘাত, পদস্খলন, অথবা অতি সামান্য কারণেও এরূপ দুর্ঘটনা ঘটিতে দেখা যায়।

৬। দ্রব্যগুণ।—আর্গট, সেভাইন প্রভৃতি কতকগুলি দ্রব্যের দ্বারা জরায়ুর সঙ্কোচন সাধিত হয়, এইজন্য ইহাদের অযথা প্রয়োগে গর্ভস্রাব ঘটিয়া থাকে।

উল্লিখিত কারণ সমূহের মধ্যে অনেকগুলির কোন কোনটী পূর্ব্বপ্রবর্ত্তক এবং কোন কোনটী উত্তেজক কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। যাহাদিগের গর্ভস্রাবের পূর্ব্বপ্রবর্ত্তনা থাকে, অতি সামান্য উত্তেজক কারণে তাহাদের গর্ভস্রাব ঘটিতে দেখা যায়। এরূপ পূর্ব্বপ্রবণতা না থাকিলে কোন কোন স্থলে কঠোরতর উত্তেজক কারণেও গর্ভস্রাব হয় না। কোন কোন অঙ্গনার সামান্য ভয় অথবা পদস্খলন গর্ভস্রাবের কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। আবার কাহারও বা এরূপ দেখিতে পাওয়া যায় যে, জরায়ুর অভ্যন্তরে "সাউণ্ড" অথবা অন্য কোন প্রকার কঠিন পদার্থ প্রবেশিত করিলেও তাহা সম্যকরূপে সঙ্কুচিত হয় না। গর্ভপাত করিবার উদ্দেশে লালচিতা প্রভৃতি কঠোর প্রদীপক পদার্থ জরায়ুতে প্রবেশিত করিয়াও কেহ কেহ গর্ভনাশে কৃতকার্য্য হইতে পারে নাই, এরূপ বিবরণও দৃষ্ট হইয়া থাকে।

লক্ষণ।—শোণিতস্রাব ও জরায়ুর সঙ্কোচন জনিত বেদনা গর্ভস্রাবের দুইটী প্রধান লক্ষণ। এই লক্ষণদ্বয় প্রথম হইতেই একত্রে বিদ্যমান থাকিতে অথবা অতি অল্প সময়ের ব্যবধানে পরিস্ফুট হইয়া একত্রে যুগপৎ কার্য্য করিতে পারে। কোন কোন স্থলে অগ্রে শোণিতস্রাব আরম্ভ হইয়া বেদনা প্রকাশ পায়, আবার কোন স্থলে বা বেদনার পর শোণিতস্রাব হইয়া থাকে। শোণিত প্রায়ই অল্পে অল্পে এবং সময়ে সময়ে একবারে প্রচুর পরিমাণে নিঃসৃত হইতে পারে। কোন স্থলে তাহা অল্প বা অধিক

পরিমাণে নিঃসৃত হইয়া কমিয়া বা একেবারে থামিয়া যায়; পরে আবার প্রকাশিত হইয়া পড়ে। এইরূপ কোন কোন স্থলে এক দিবস, দুই দিবস, কোন স্থলে বা ক্রমাগত সাত আট দিবস ধরিয়া মধ্যে মধ্যে শোণিতস্রাব হইয়া গর্ভস্রাব হইয়া থাকে। কেবল শোণিতস্রাব, অথবা কেবল বেদনা থাকিলে গর্ভস্রাবের আশঙ্কা উৎপাদন করে; কিন্তু এই দুইটী লক্ষণেরই একত্রে বিদ্যমান থাকা সাতিশয় বিপজ্জনক, তাহাতে গর্ভরক্ষার অতি অল্পই সম্ভাবনা থাকে।

গর্ভস্রাব নিবারণ করা সম্ভবপর কি না, তাহা স্থির করা সকল স্থলে সহজ নহে। শোণিতস্রাবের সহিত জরায়ুমুখ বিস্ফারিত হইলে অনেক স্থলেই গর্ভস্রাব অনিবার্য্য বলিয়া স্থিরীকৃত হইতে পারে। কিন্তু ইহাও স্মরণ রাখা আবশ্যক যে, জরায়ুর সঙ্কোচনে জরায়ুমুখ বিস্ফারিত হইলেও যদি তাহার সহিত অধিক শোণিত নিঃসৃত না হয়; অথবা প্রভূত শোণিতস্রাবের সহিত অল্প বেদনা থাকে, তাহা হইলে উপযুক্ত চিকিৎসার সাহায্যে গর্ভরক্ষা করা অসম্ভব নহে। যে স্থলে অধিক শোণিতস্রাব হইলেও অল্প বেদনা থাকে, অথবা আদৌ থাকে না, সে স্থলে প্রায়ই জরায়ুমুখের নিকট হইতে সেই শোণিত নিঃসৃত হয়। বেদনা ও শোণিত-স্রাবের সহিত ভ্রূণ ও ঝিল্লী সমুদয় বিযুক্ত হইয়া নামিতে আরম্ভ করিলে গর্ভরক্ষার চেষ্টা বিফল হইয়া থাকে।

জরায়ু হইতে নিঃসৃত পদার্থ অতি সাবধানে পরীক্ষা করা আবশ্যক। গর্ভের প্রথম অবস্থায় গর্ভস্রাবের লক্ষণ প্রকাশ পাইলে এই বিষয়ে বিশেষ লক্ষ্য রাখা কর্ত্তব্য; তাহা না করিলে শোণিতের সহিত ক্ষুদ্র ভ্রূণ অজ্ঞাতসারে নির্গত হইয়া যাইতে পারে।

চিকিৎসা।

নিবারণোপযোগী চিকিৎসা।—গর্ভিণীর পূর্ব্ব গর্ভস্রাবের বৃত্তান্ত অবগত হইয়া কিম্বা তাঁহার দেহের সাধারণ অথবা স্থানিক অবস্থা পর্য্যবেক্ষণ দ্বারা গর্ভস্রাব সম্ভবপর বলিয়া বোধ হইলে, তাহার নিবারণোপযোগী উপায় আশু অবলম্বন করা আবশ্যক। উপদংশ রোগ থাকিলে

আয়োডাইড অব পটাশিয়ম, সালসা ও পারদ ঘটিত ঔষধাদি ব্যবহার করিতে হয়। গর্ভ হইবার পূর্ব্বে ও গর্ভকালে রোগের অবস্থানুসারে এই সকল ঔষধ প্রয়োগ করা আবশ্যক। কোন কোন স্থলে একটী মাত্র গর্ভকালে চিকিৎসা করিয়া চিকিৎসক কৃতকার্য্য না হইতে পারেন, কিন্তু অনেক দিন ধরিয়া চিকিৎসা করিতে করিতে গর্ভ সংরক্ষিত হইয়া থাকে। স্বামী উপদংশ রোগগ্রস্ত হইলে তাঁহার শরীর সংশোধন করা আবশ্যক। জরায়ুর প্রদাহিত ভাব থাকিলে তাহার বিদূরণার্থ বেলেডোনা, অহিফেন প্রভৃতি ঔষধ স্থানিক প্রশান্তিকররূপে প্রয়োজিত হয়; তাহাতে কোন বিঘ্নের সম্ভাবনা থাকে না। জরায়ুগ্রীবায় অস্বাভাবিক শোণিতাধিক্য অথবা ক্ষত থাকিলে কেহ কেহ নাইট্রেট অব সিল্ভার ও জলৌকা প্রয়োগের বিধান দিয়া থাকেন, কিন্তু এই সকল উপায় অতি সাবধানে ও বিবেচনার সহিত অবলম্বিত না হইলে অনিষ্টাপাত দূর করা দূরে থাকুক, বরং তাহার উদ্ভাবন করা হয়, তবে মৃদু "কষ্টিক" অথবা "এষ্ট্রীঞ্জেন্ট লোশন" সাবধানে ব্যবহৃত হইলে এ আশঙ্কার সম্ভাবনা থাকে না।

জরায়ু স্থানচ্যুত হইলে উপযুক্ত পটবন্ধনী ও পেসারি দ্বারা তাহাকে স্বাভাবিক স্থিতিস্থানে পুনঃস্থাপিত করিবার চেষ্টা করা আবশ্যক।

কোরিয়নের ঝিল্লাই অথবা প্ল্যাসেণ্টার পীড়া বশতঃ ভ্রূণের পোষণ সম্যক্‌রূপে সাধিত হইবার সম্ভাবনা না থাকিলে বলকারক ঔষধাদির সাহায্যে গর্ভিণীর দেহের সাধারণ উৎকর্ষ সাধনের দিকে বিশেষ দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য। এরূপ স্থলে ক্লোরেট অব পটাস দ্বারা শোণিতে অধিক পরিমাণে অম্লজান সমাহিত হইতে পারে, এই বিবেচনায় ডাক্তার সিম্‌সন উক্ত ঔষধ ব্যবহার সমর্থন করিয়াছেন। মাতার শোণিতে অধিক অম্লজান বিদ্যমান থাকিলে ভ্রূণের শোণিত সংশোধন কার্য্য সুচারুরূপে সাধিত হইয়া থাকে;—এই ঔষধ দ্বারা অম্লজান সমাহিত না হইলেও হইতে পারে; কিন্তু ইহা দ্বারা নিঃস্রবণ প্রস্রবণের পরিবৃদ্ধি ও দেহের উৎকর্ষ সাধনে ভ্রূণের বিপন্নভাব কমিয়া যায় এবং গর্ভপূর্ণতার সহিত ভ্রূণের জীবিতাবস্থায় বহির্নিঃসারণের সম্ভাবনা বাড়িয়া উঠে; ক্লোরেট অব পটাস ১৫ হইতে ২০ গ্রেণ মাত্রায় দিবসে তিনবার কেবল জলের সহিত, অথবা ডাইলিউট হাইড্রোক্লোরিক,

নাইট্রোমিউরিএটিক এসিড, কলম্বা ও কোয়াশিয়া প্রভৃতি অন্যান্য বলকারক ঔষধের সহিত প্রয়োজিত হইয়া থাকে।

গর্ভস্রাবের আশঙ্কা থাকিলে সকল স্থলেই গর্ভিণীকে বিশ্রাম করিতে দেওয়া এবং সর্ব্বপ্রকার উত্তেজনা হইতে নিবৃত্ত রাখা আবশ্যক। সকল সময়ে বিশেষতঃ ঋতু নির্দ্দেশক সময়ে স্বামী সহবাস একেবারে ত্যাগ করা একান্ত কর্ত্তব্য। যে স্থলে গর্ভস্রাবের প্রকৃত কারণ নিরূপণ করিতে পারা যায় না, সে স্থলে কেবল এই সকল উপায়ের সাহায্যে গর্ভ পূর্ণমাস পর্য্যন্ত অগ্রসর হইতে পারে। উপর্য্যুপরি গর্ভস্রাব বশতঃ যাহাদের গর্ভস্রাবের একটা অভ্যাস হইয়া পড়ে, তাহাদিগের এই সকল উপায় অবলম্বন করা বিশেষ আবশ্যক।

যাহাদের গর্ভ পূর্ণমাসে অগ্রসর হইলে ভ্রূণের মৃত্যু হইয়া থাকে; যথাকালে তাহাদের অকাল প্রসব আনয়ন করিয়া শিশুর জীবন সংরক্ষা করা আবশ্যক।

আশঙ্কিত গর্ভস্রাবের চিকিৎসা।—গর্ভস্রাবের আশঙ্কিত লক্ষণ প্রকাশ পাইলেও গর্ভ সংরক্ষিত হইতে পারে, এ বিষয় পূর্ব্বে লিখিত হইয়াছে। এই উদ্দেশ্য সাধনের নিমিত্ত অগ্রে দেখা উচিত কোনরূপ স্থানিক প্রদীপন আছে কি না?—যদি থাকে, তাহা প্রশমিত ও বিদূরিত করা আবশ্যক। যাহাতে জরায়ুর সঙ্কোচন সাধিত না হয়, অথবা সঙ্কোচন আরম্ভ হইলে যাহাতে তাহা নিবারিত হইতে পারে, তদুপযোগী উপায় অচিরে অবলম্বন করা নিতান্ত বিধেয়। রোগিণীর শরীর ও মন যাহাতে সর্ব্বতোভাবে স্নিগ্ধ ও শান্ত থাকে, তদ্বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য। তিনি উত্তানভাবে প্রশান্তচিত্তে শায়িত থাকিবেন, এবং যতদূর সম্ভব কম পার্শ্ব পরিবর্ত্তন করিবেন, কেননা তৎকালে সামান্য উদ্যমেও শোণিত নিঃসারিত হইবার সম্ভাবনা। তাঁহার পথ্য লঘু ও সুপাচ্য হইবে, উত্তেজক ঔষধাদি তাঁহাকে অধিক পরিমাণে দেওয়া উচিত নহে। গর্ভস্রাবের পক্ষে শোণিতস্রাব একটী গুরুতর লক্ষণ; সর্ব্বাগ্রে এই অনিষ্টকর লক্ষণ প্রশমন করা চিকিৎসকের প্রধান অভিপ্রেত, এইজন্য এই উদ্দেশে শীতল খাদ্য দ্রব্য সেবন করিতে দেওয়া আবশ্যক, তবে খাদ্য যাহাতে নিতান্ত শীতল না হয়, তদ্বিষয়ে দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য। তৎকালে রোগিণীকে বরফ সেবন করিতে

দিতে হইলে অতি সাবধানে তাহা প্রয়োগ করা উচিত। বরফের বাহ্য ও অভ্যন্তরীণ প্রয়োগে শোণিতস্রাব বন্ধ করিতে পারা যায় বটে, কিন্তু ইহার অযথা ব্যবহারে জরায়ুর সঙ্কোচন উত্তেজিত হয়, এবং চিকিৎসকের উদ্দেশ্য প্রায়ই ব্যর্থ হইয়া পড়ে। শোণিতস্রাব বন্ধ করিবার নিমিত্ত গ্যালিক, ট্যানিক, সলফুরিক এসিড ও হামামেলিস প্রভৃতি সঙ্কোচক ঔষধ প্রযোজিত হইয়া থাকে। এই সকল ঔষধ প্রয়োগে কোনরূপ উপকার হয় কি না নিশ্চয় বলিতে পারা যায় না, তবে ইহাতে কোনরূপ অপকার সাধিত হয় না। জরায়ুর সঙ্কোচন বন্ধ করিবার পক্ষে অহিফেন দ্বারা যেমন সুফল লাভ করিতে পারা যায়, এমন আর কোন ঔষধ দ্বারা হয় না,—এই উদ্দেশ্য সাধনে অহিফেন চিকিৎসকের প্রধান উপায়। শোণিতস্রাব ঘোরতর এবং জরায়ুমুখ প্রভূত পরিমাণে বিস্ফারিত হইলেও স্থল বিশেষে এই মহৌষধি দ্বারা গর্ভ রক্ষা করিতে পারা যায়। অহিফেন টিঞ্চাররূপে ব্যবহৃত হইয়া থাকে, লাইকার ওপিয়াই সিডেটাইভস ইহার একটী উৎকৃষ্ট প্রকরণ। ঔষধের এই সকল প্রকরণ ২০।৩০ মিনিম মাত্রায় প্রয়োগ করা উচিত; ১০।১৫ মিনিম মাত্রায় ২।৩ ঘণ্টা অন্তর ক্লোরোডাইন প্রয়োগ করিলে অভীষ্ট সুফল লাভ করিতে পারা যায়। কোন কারণে অহিফেনঘটিত ঔষধ মুখদ্বারা প্রয়োগ নিষিদ্ধ বলিয়া বোধ হইলে শ্বেতসার অথবা মিউ-সিলেজময় তরল দ্রব্যের সহিত মিশাইয়া রেকটমে প্রবেশিত করা আবশ্যক। অহিফেন একবার প্রযুক্ত হইলে আবশ্যক বোধে পুনর্ব্বার প্রয়োগ করিতে হয়। মলরোধ প্রযুক্ত অন্ত্রে প্রদীপন হইলে, বেলেডোনা, ও ক্লোরোডাইন প্রভৃতি ঔষধি দ্বারা তাহা প্রশমিত করিয়া পরে মলরোধের প্রতিকার করা আবশ্যক। অহিফেনের প্রভাবে কোষ্ঠবদ্ধ হইয়া যাহাতে অন্ত্রের উত্তেজনা সাধিত না হয়, এইজন্য স্থল বিশেষে আবশ্যকমত এরণ্ড তৈল দ্বারা মল নিঃসারিত করিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য। বিরেচক এনিমা অতি সাবধানে প্রয়োগ করা উচিত, কেন না ইহা দ্বারা জরায়ুর সঙ্কোচন উদ্ভাবিত ও বর্দ্ধিত হইতে পারে।

অবশ্যম্ভাবী গর্ভস্রাব।—গর্ভস্রাব অনিবার্য্য বলিয়া বোধ হইলে যাহাতে জরায়ুর আধেয় শীঘ্র বহির্নিঃসারিত হয়, তদ্বিষয়ে যত্ন করা

আবশ্যক। আধের নিঃসৃত হইতে আরম্ভ হইলে অঙ্গুলি দ্বারা তাহা বহির্নিঃসারিত করিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য। এই উদ্দেশে সময়ে সময়ে ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ করিতে হয়। জরায়ুর সঙ্কোচন উদ্ভাবন বা বর্দ্ধন করিবার নিমিত্ত আর্গট প্রয়োগ করা আবশ্যক। গর্ভের প্রথম তিনমাসে গর্ভস্রাব হইলে ওভামের বহির্নিঃসরণে অধিক হস্তক্ষেপ করিতে হয় না। এই সময়ে মেম্ব্রেণ সমেত ওভাম প্রায়ই নিঃসৃত হইয়া থাকে। আধের বহির্নিঃসারিত করিবার চেষ্টা করাতে যদি জলমুচি ছিন্ন এবং এমনিয়ম জল নিঃসারিত হইয়া পড়ে, তাহা হইলে সমগ্র আধেয়ের এককালে নিঃসৃত হইবার সম্ভাবনা কমিয়া যায়। শোণিতস্রাব আত্যন্তিক হইয়া পড়িলে সত্বর ভ্রূণ নিঃসারিত করিয়া দেওয়া আবশ্যক।

সঙ্কটাপন্ন শোণিতস্রাব।—শোণিতস্রাব প্রভূত পরিমাণে হইলে অথবা অল্পে অল্পে নিঃসৃত হইয়া রোগিণীর অবস্থা বিপন্ন করিয়া তুলিলে অবিলম্বে "প্ল্যগ" দ্বারা যোনি আবদ্ধ করা আবশ্যক। একখানি মধ্যবিৎ আকারের "স্পঞ্জ" যোনির অভ্যন্তরে ঊর্দ্ধ পর্য্যন্ত প্রবেশিত করিলে ইহার ছিদ্র সমুদায়ে শোণিত জমাট বাঁধিয়া যায়। তাহাতে শোণিত ও ক্লট বহির্গত হইতে না পাওয়ায় ইহাদের সমবেত চাপে রক্তনালী সমূহ হইতে শোণিত নিঃসারিত হইতে পায় না; তজ্জন্য শোণিতস্রাব বন্ধ হইয়া যায়। তুলা অথবা পাতলা ও নরম কাপড়ের ছোট ছোট লুটি দ্বারা যোনি আবদ্ধ করিলেও হইতে পারে। প্রত্যেক লুটিতে একটু সুতা বা পাতলা ফিতা বাঁধিয়া লইলে আবশ্যকমত তৎসমুদায়কে টানিয়া বাহির করিয়া লওয়া যায়। লুটির দ্বারা প্ল্যগ করিতে হইলে জরায়ুমুখ ও ইহার পার্শ্ব হইতে আরম্ভ করিয়া সমস্ত যোনি তাহাতে পরিপূরিত করিতে হয়। নিঃসৃত পদার্থের বিয়োজনে যোনি মধ্যে অতি অল্প সময়ের মধ্যেই দুর্গন্ধ উৎপন্ন হইয়া থাকে; এইজন্য কার্ব্বলিক এসিড লোশন, অথবা কণ্ডিস ফ্লুয়িডে স্পঞ্জ অথবা লুটীগুলি সিক্ত করিয়া লইতে হয়; এরূপ করিলে দুর্গন্ধ নিবারিত হইয়া থাকে। গ্লিসিরিণের বিয়োজন নিবারিণী ক্ষমতা আছে; ডিস্‌ইন্‌ফেক্টাণ্ট লোশনে আর্দ্র লুটিগুলির উপর গ্লিসিরিণ লাগাইয়া দিলে ইহাদের আর্দ্রতা বৃদ্ধি পায় এবং সেন্দ্রিয় পদার্থের বিয়োজন অধিক পরিমাণে হইতে পায় না।

"প্লাগ" একবার প্রবেশিত করিয়া ৬।৭ ঘণ্টা পরে তাহা বাহির করিয়া লইয়া তাহার কার্য্যফল পরীক্ষা করা আবশ্যক। যোনিমধ্যে প্লাগ থাকাতে ইহার উত্তেজনায় জরায়ুর সঙ্কোচন বৃদ্ধি পায় এবং ইহা বাহির করিয়া লইলে অনেক সময় দেখিতে পাওয়া যায় যে, জরায়ুমুখ বিস্ফারিত হইয়াছে এবং ভ্রূণ জরায়ু হইতে নির্গত হইয়া আসিয়াছে। জরায়ুমুখ বিস্ফারিত না হইলে এবং শোণিতস্রাবের সম্ভাবনা থাকিলে ক্রমাগত "প্লাগ" বদলাইয়া নূতন প্লগ দিতে হয়।

টেণ্ট প্রয়োগ।—জরায়ুমুখ বিস্ফারিত না হইলে সার্ভিক্স মধ্যে "টেণ্ট" প্রবেশিত করা আবশ্যক হইয়া উঠে। এতদুদ্দেশ্যে স্পঞ্জটেণ্ট অথবা ল্যামিনেরিয়া টেণ্ট ব্যবহৃত হইয়া থাকে। "টেণ্ট" প্লাগের কার্য্য করে এবং জরায়ুমুখ বিস্ফারিত করিতে থাকে। স্পঞ্জটেণ্ট প্রবেশিত হইলে ইহার উপর প্লাগও ব্যবহৃত হইতে পারে।

জরায়ুমুখ বিস্ফারিত হইলেও আর্গট প্রয়োগে কোন কোন স্থলে সমগ্র আধেয় বহির্নিঃসারিত হয় না; হয়ত ভ্রূণ বহির্নিঃসৃত হইয়া পড়ে, কিন্তু প্ল্যাসেণ্টা ও মেম্ব্রেণ সমুদায় থাকিয়া যায়। সেই সকল অবশেষ যতক্ষণ জরায়ুমধ্যে থাকে, ততক্ষণ রোগিণীকে নিরাপদ বলা যাইতে পারে না; সেই-জন্য যতশীঘ্র সেগুলিকে বাহির করিয়া আনা হয়, ততই মঙ্গল। জরায়ু মধ্যে অঙ্গুলি প্রবেশিত করিয়া সেগুলিকে নিঃসারিত করা কর্ত্তব্য। এই কার্য্যের জন্য যে সকল "ফর্সেপ্স" ব্যবহৃত হয়, তৎসমুদায় অপেক্ষা অঙ্গুলি দ্বারা সহজে কার্য্য সম্পন্ন হইয়া থাকে এবং অভ্যন্তরে কোন আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা কমিয়া আইসে। এবডোমেনপ্রাচীরের উপর এক হস্ত স্থাপন পূর্ব্বক তদ্দারা জরায়ুর উপর চাপ দিয়া এবং অপর হস্তের অঙ্গুলি জরায়ু মধ্যে প্রবেশিত করিয়া জরায়ুর আধেয় নিঃসারিত করিতে হয়। সময়ে সময়ে এই কার্য্য সহজে সাধিত হয় না, জরায়ু মধ্যে অঙ্গুলি সম্যক-রূপে প্রবেশিত করিবার জন্য কোন কোন স্থলে যোনি মধ্যে সমস্ত হস্ত চালিত করিতে হয়। ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ না করিলে হস্ত এইরূপে প্রবেশ করিতে পারা যায় না। এবডোমেনপ্রাচীর দিয়া জরায়ুর উপর হস্তের চাপ দিলে, ইহার আকুঞ্চন বৃদ্ধি পায় এবং ইহা নামিয়া পড়ে;

এই অবস্থায় অঙ্গুল জরায়ুগহ্বরে সহজে প্রবেশিত হইতে পারে। কোন কোন স্থলে ভ্রূণের বহির্গমনান্তে জরায়ুমুখ সরু হইয়া আইসে, তাহাতে প্ল্যাসেণ্টা ও মেম্ব্রেণ সমুদায়ের বহির্নিঃসারণে ব্যাঘাত জন্মায়। এরূপ স্থলে টেণ্ট দ্বারা জরায়ুমুখ বিস্ফারিত করিয়া লইতে হয়। সময়ে সময়ে ইহারা নিঃসারিত হয় না, অভ্যন্তরে পচিতে থাকে, সেরূপ অবস্থায় ডিসইন্‌ফেক্টাণ্ট লোশন দ্বারা ক্রমে ক্রমে ধৌত করিয়া নিঃসারিত করিতে হয়। ধোয়াইবার সময় জরায়ু মধ্যে জল প্রবেশিত হইলে সঙ্গে সঙ্গে তাহা বাহির হওয়া আবশ্যক; তাহা না হইলে বিশেষ বিঘ্ন ঘটিবার সম্ভাবনা। যে স্থলে জরায়ুমুখ সরু হইয়া পড়ে, তথায় দুই এক ড্রাম করিয়া লোশন এককালে নিরাপদে প্রবেশিত করিতে পারা যায়। প্ল্যাসেণ্টা জরায়ু মধ্যে থাকিয়া "পলিপয়েড" প্রকৃতি প্রাপ্ত হইলে জরায়ুমুখ বিস্ফারিত করিয়া ইক্রেশিয়র দ্বারা তাহা বাহির করিয়া দেওয়া আবশ্যক।

পূর্ণমাসে প্রসবান্তে প্রসূতিকে যে সকল নিয়ম রক্ষা করিতে হয়, গর্ভস্রাব বা অকাল প্রসবের পরও তাহার সেই সমস্ত নিয়ম পালন করা একান্ত কর্ত্তব্য। তাহা না করিলে অনেক স্থলে জননেন্দ্রিয়ের নানাপ্রকার পীড়া সঞ্জাত হইয়া প্রসূতির স্বাস্থ্য ভগ্ন করিয়া ফেলে।

একাদশ অধ্যায়।

প্রসব-প্রক্রিয়া।

গর্ভসঞ্চারের পর জরায়ু ও ভ্রূণ উত্তরোত্তর বর্দ্ধিত হইয়া পূর্ণতা প্রাপ্ত হইতে থাকে। পরিশেষে জরায়ুর আধেয়ের নিঃসারণ কাল উপস্থিত হয় ;—আধেয় নিঃসারণে প্রসবকার্য্য সমাপ্ত হয়।

প্রসবকার্য্য প্রধানতঃ জরায়ুর সঙ্কোচনে সাধিত হইয়া থাকে। এব্‌ডোমেন-প্রাচীরস্থিত কতকগুলি পেশির সঙ্কোচনজনিত বলও জরায়ুর আধেয়কে নিঃসারিত করিতে সহায়তা করে। কিন্তু এই বল আনুষঙ্গিক বল মাত্র। প্রসবকার্য্যে জরায়ুর সঙ্কোচনজনিত বলই প্রধান বল। ইহার যাথার্থ্য স্থলবিশেষে স্পষ্টরূপে লক্ষিত হইয়া থাকে। প্রসবকালে জরায়ুর সঙ্কোচন-বল যদি ক্ষুণ্ণ হইয়া পড়ে, তাহা হইলে আনুষঙ্গিক প্রসববল পূর্ণ ভাবে বিকাশ পাইয়াও ভ্রূণকে বহির্নিঃসারিত করিতে পারে না। সেরূপ অবস্থায় জরায়ু যতক্ষণ বল পুনর্লাভ না করে, অথবা কৃত্রিম উপায়ে প্রসবকার্য্যের সহায়তা করা না হয়, ততক্ষণ প্রসবকার্য্য অগ্রসর হয় না ; অথবা এত সামান্য পরিমাণে অগ্রসর হইতে থাকে যে, তাহাতে ভ্রূণ নিঃসারিত হইতে পারে না। প্যারাপ্লিজিয়াগ্রস্তা গর্ভিণীদের আনুষঙ্গিক প্রসব-বল অতি অল্প ; তজ্জন্য তাহাতে প্রসবকার্য্যের সহায়তা হয় না। সেরূপ অবস্থায় কেবল জরায়ুর সঙ্কোচনবলেই প্রসবকার্য্য সম্পাদিত হইয়া থাকে। সেইরূপ ক্লোরোফর্ম্ম বা ইথর দ্বারা গর্ভিণীকে সংজ্ঞাশূন্য করিলে, কেবল জরায়ুর সঙ্কোচন বলেই ভ্রূণ বহির্নির্গত হয়।

ভ্রূণের বহির্নির্গমনোপযোগী বলের পরিমাণ প্রধানতঃ প্রসবপথ ও ভ্রূণের অবস্থার উপর নির্ভর করে। যাহাতে মাতার স্বাভাবিক বলে প্রসবকার্য্য সুন্দররূপে সাধিত হয় এবং প্রসূতি ও শিশুর কোন বিপদ না ঘটে, এরূপ

প্রসব সুসংসাধনের নিমিত্ত ভ্রূণ, প্রসব-বল ও নির্গমন-পথ, এই তিনের পরস্পরের কতকগুলি উপযুক্ত সম্বন্ধ থাকা আবশ্যক; অর্থাৎ ভ্রূণ এরূপভাবে সংস্থিত থাকিবে, তাহার আকৃতি, গঠন ও নির্গমন-পথ এরূপ হইবে এবং নিঃসারণবলের পরিমাণ এরূপ হইবে যে, ভ্রূণ সহজে নিঃসৃত হইতে পারে। এই কয়টী উপযুক্ত সম্বন্ধের ব্যতিক্রম হইলে স্বাভাবিক প্রসবের ব্যতিক্রম হইবার সম্ভাবনা। এইজন্য প্রসবপ্রকরণ দুইটী বিস্তৃত অংশে বিভক্ত হইয়া থাকে। সেই দুইটী বিভাগ,—ইউটোশিয়া বা নিরাপদ এবং ডিষ্টোশিয়া বা সাপদ প্রসব। ইউটোশিয়াতে প্রসূতি ও শিশু উভয়েরই কোনরূপ বিপদ হয় না। ডিষ্টোশিয়ায় প্রসূতি, কিম্বা শিশু, অথবা উভয়েরই অবস্থা বিপন্ন হইয়া পড়ে।

স্বাভাবিক প্রসব।—ভ্রূণের মস্তক স্বভাবতঃ নিম্নে থাকে এইজন্য ভ্রূণের মস্তক নিম্ন ভাগে না থাকিলে তাহাকে স্বাভাবিক প্রসব বলা যায় না। স্বাভাবিক প্রসবকার্য্য ২৪ ঘণ্টার মধ্যে সম্পন্ন হয়। শিশুর মস্তক নিম্ন ভাবে থাকিয়াও ২৪ ঘণ্টার মধ্যে প্রসবকার্য্য সাধিত না হইলে তাহাকে শ্রান্ত বা বিলম্বিত প্রসব বলা যায়। সেইরূপ যে প্রসবকার্য্য অতিশয় অল্প সময়ের মধ্যে সাধিত হয়, তাহা দ্রুত বা ত্বরিত প্রসব নামে বর্ণিত হইয়া থাকে।

জরায়ু-সঙ্কোচনজনিত বলের পরিমাণ।—আধেয় নিঃসারণে জরায়ু যে পরিমাণ বল সহকারে সঙ্কুচিত হইয়া থাকে তাহা সামান্য নহে। প্রসবকালে জরায়ু যে প্রভূত বল সহকারে সঙ্কুচিত হয় তাহা যে কেবল তাহার কার্য্যফল দ্বারা প্রতীত হয় এমত নহে, জরায়ু-প্রাচীরের উপর হস্ত স্থাপন করিলে কিম্বা জরায়ুর অভ্যন্তরে হস্ত প্রবেশিত করিলে তাহা স্পষ্টরূপে জানিতে পারা যায়। প্রসববলের পরিমাণ নিরূপণ করিবার নিমিত্ত হটন, জুলিন, ডানকান প্রভৃতি মহোদয়গণ বিস্তর আয়াস স্বীকার করিয়াছেন। ডাক্তার হটনের সন্দর্শনানুসারে জরায়ুর সঙ্কোচনবল ৫৪ পৌণ্ড পর্য্যন্ত হইতে পারে। জুলিনের মতে তাহা এক হন্দর। ডাক্তার ডানকান বিবেচনা করেন যে জরায়ু এত অধিক বলে সঙ্কুচিত হয় না। এবিষয়ে ডাক্তার ডানকানের মতই ঠিক বলিয়া বোধ হয়। তিনি স্থির করিয়াছেন যে,

জরায়ু-সঙ্কোচন ও তদানুষঙ্গিক বলের পরিমাণ ৫০ পৌণ্ড অপেক্ষা কম হইলেও অনেক স্থলে প্রসবকার্য্য সম্পাদিত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে ইহা অপেক্ষাও অধিক বলের আবশ্যক হয়। রোধক প্রসবে জরায়ু ও সহকারী পেশী সমুদায়ের সঙ্কোচনে ৮০ পৌণ্ড পর্য্যন্ত বল উদ্ভূত হইতে পারে।

বেদনা ও ইহার কারণ।—প্রসবকালে গর্ভিণী জরায়ুর সঙ্কোচন জনিত যে ব্যথা অনুভব করেন, সেই ব্যথাকেই "বেদনা" বলা যায়। বেদনা প্রসবকালীন জরায়ু-সঙ্কোচনের নামান্তর মাত্র। এই বেদনা সকল গর্ভিণীর পক্ষে সমান কষ্টকর নহে। ইহার পরিমাণ তাঁহার স্নায়ুমণ্ডলের প্রকৃতির উপর নির্ভর করে। কোন কোন স্ত্রীলোক প্রসবকালে স্বল্পই যাতনা অনুভব করিয়া থাকেন। এরূপ ঘটনারও উল্লেখ দেখিতে পাওয়া যায় যে, গর্ভিণীর নিদ্রাবস্থায় বেদনা উৎপাদিত হইয়া নিদ্রাবস্থাতেই শিশু প্রসূত হইয়াছে; সুপ্তা প্রসূতি তৎকালে তাহা জানিতে পারেন নাই। কিন্তু এরূপ সুখপ্রসব অতি বিরল। অনেক স্থলেই মাতা সমগ্র প্রসবকালে উৎকট যাতনা অনুভব করিয়া থাকেন, কোন কোন স্থলে তাহা এরূপ ঘোরতর যন্ত্রণাময় হইয়া উঠে যে, তাহার তুলনা আর কুত্রাপি দেখিতে পাওয়া যায় না।

জরায়ুর সঙ্কোচন নিরবচ্ছিন্ন নহে; প্রতি সঙ্কোচনের পর ইহার একটী বিরাম হইয়া থাকে। বেদনা যদি এরূপ বিরাম ভাবাপন্ন না হইয়া কেবল নিরবচ্ছিন্ন হইত, তাহা হইলে জরায়ুর পৈশিক বলই যে কেবল ক্রুত ক্ষুণ্ণ হইয়া পড়িত এমত নহে, জরায়ুর রক্তবহা নাড়ী সমুদায়ের উপর অবিরাম চাপ পড়াতে ভ্রূণের শোণিতসঞ্চালন রুদ্ধ হইত, তাহার জীবন বিপন্ন হইয়া পড়িত এবং যন্ত্রণাময় প্রসবকার্য্য সকল স্থলে সঙ্কটাপন্ন হইয়া উঠিত।

ভ্রূণ পরিপুষ্ট হইলে যখন ইহার ইন্দ্রিয় সমূহ বাহ্য ক্রিয়ার জন্য প্রস্তুত হইয়া উঠে, তখন জরায়ুর প্রসবসঙ্কোচন হয় কেন? এ প্রশ্নের মীমাংসার নিমিত্ত শারীরতত্ত্ববিদেরা নানা প্রকার মত প্রচার করিয়াছেন। কেহ কেহ বলেন সেই কারণ শিশুতে, কাহার কাহারও মতে তাহা মাতাতে ন্যস্ত আছে। সেই মতগুলি প্রায় সমস্তই অনুমানসিদ্ধ এবং তাহার কোনটীই সম্যকরূপে সমর্থন করিতে পারা যায় না। তবে যেটী অপেক্ষাকৃত যুক্তিযুক্ত তাহাই এই স্থলে সন্নিবেশিত হইল। স্নায়ুমণ্ডলের সহিত জরায়ুর অতি

বিচিত্র সম্বন্ধ। ইহার দেহে স্নায়ুমণ্ডলের কেবল সাহানুভূতিক বিভাগের বিস্তার আছে; মস্তিষ্ক ও মেরুদণ্ড বিভাগের কোন স্নায়ুর সংস্থিতি দেখিতে পাওয়া যায় না। শেষোক্ত বিভাগের স্নায়ু জরায়ুর কেবল মুখপ্রদেশেই বিস্তৃত আছে। এইজন্য প্রসবকালে জরায়ুর সঙ্কোচন প্রধানতঃ সাহানুভূতিক স্নায়ু মণ্ডলের দ্বারা সংসাধিত হয়। ক্রমে জরায়ু যত সঙ্কুচিত হয় এবং তাহার মুখপ্রদেশে ভ্রূণ যত চাপিতে থাকে, জরায়ুর মুখ ততই বিস্ফারিত হইয়া উঠে; তখন প্রত্যাবর্ত্তক ক্রিয়া দ্বারা মেরুদণ্ডস্থ স্নায়ুকেন্দ্র সমূহের কার্য্য আরম্ভ হয় এবং এই প্রকারেই পূর্ব্বে যে আনুষঙ্গিক প্রসববলের কথা বলা হইয়াছে তাহা উৎপাদিত হইয়া থাকে। আনুষঙ্গিক প্রসববলের বৃদ্ধির সহিত জরায়ুর সঙ্কোচনের বল, পরিমাণ ও ঘনতা বৃদ্ধি পায়। শিশু প্রসব পথে যত নামিতে থাকে, এই আনুষঙ্গিক বলের পরিমাণ ও বিস্তার তত বাড়িয়া উঠে। এইরূপে জরায়ু ও কতকগুলি সহকারী পেশীর সঙ্কোচনে প্রসবকার্য্য সম্পন্ন হয়।

জরায়ুর মুখপ্রদেশ ও তন্নিম্নস্থ প্রসব-পথের উত্তেজনা বশতঃ প্রত্যাবর্ত্তন ক্রিয়া দ্বারা যেমন প্রসবের আনুষঙ্গিক বল উৎপাদিত হইয়া থাকে, বোধ হয় সেইরূপ উত্তেজনা ও প্রত্যাবর্ত্তন ক্রিয়া দ্বারা জরায়ুর সঙ্কোচন সাধিত হয়। এই সঙ্কোচনের পর্য্যায় ভাবের কারণ নির্দ্দেশে ডাক্তার রবার্ট বলেন প্রত্যেক সঙ্কোচনের নিমিত্ত একটী নির্দ্দিষ্ট পরিমাণে উত্তেজনা আবশ্যক। উত্তেজনা সেই উপযোগী পরিমাণে উৎপাদিত হইলে জরায়ুর সঙ্কোচন সাধিত হয় এবং উত্তেজনার বলহ্রাসের সহিত জরায়ুর বিরাম আসিয়া পড়ে। গর্ভের পূর্ণাবস্থায় ডেসিডুয়ার অপজননবশতঃ জরায়ুর সহিত ভ্রূণের সংযোগ হ্রাস হইতে থাকে; ক্রমে তাহা বাহ্য পদার্থ হইয়া পড়ে; তখন আধেয় বাহ্য পদার্থরূপে কার্য্য করিয়া উত্তেজনা উৎপাদন করে। সেই উত্তেজনার প্রত্যাবর্ত্তন ক্রিয়া দ্বারাই জরায়ুর পৈশিক তন্তু সকল সঙ্কুচিত হইতে থাকে। এইরূপে প্রসব বেদনা সঞ্জাত হয়। এই মত অনেক পরিমাণে যুক্তিযুক্ত বলিয়া গৃহীত হইলেও ইহা দ্বারা সকল স্থলেই প্রসববেদনার প্রারম্ভ ব্যাখ্যাত হইতে পারে না, কেননা অপূর্ণ গর্ভাবস্থাতেও ডেসিডুয়ার অপজনন না হইয়াও প্রসব-বেদনা উপস্থিত হইয়া থাকে।

বেদনার কারণ নির্দ্দেশে ডাক্তার প্লেফেয়ার যাহা বলিয়াছেন তাহার সার মর্ম্ম এইস্থলে সন্নিবেশিত হইল। তিনি বলেন "বেদনার কারণ সম্বন্ধে নানাবিধ উপপত্তি অবলম্বিত হইলেও আমাদিগকে স্বীকার করিতে হইবে যে, প্রসববেদনা কেন যে একটী নির্দ্দিষ্ট কালে উৎপাদিত হইয়া থাকে, তাহার কারণানুসন্ধানে আমরা এখনও সম্পূর্ণ অন্ধকারে রহিয়াছি। গর্ভাবস্থায় জরায়ু স্বভাবতঃ সঙ্কোচনশীল, সর্ব্বদাই অল্প বা অধিক পরিমাণে সঙ্কুচিত হইয়া থাকে; এই সঙ্কোচন সহসা অতিশয় প্রবল হইয়া অকাল প্রসব উৎপাদন করিতে পারে এবং সময়ে সময়ে করিতেও দেখা যায়।"

"বাস্তবিক ইহাও সম্ভবপর যে, পূর্ণগর্ভে জরায়ুস্থিত স্নায়ু সমূহ এরূপ পূর্ণতা প্রাপ্ত হয়, এবং এত উত্তেজনপ্রবণ হইয়া পড়ে যে, সামান্য কারণে সাতিশয় উত্তেজিত হইয়া উঠে। এরূপ অবস্থায় ডেসিডুয়ার বিয়োগ অথবা অন্য কোন কারণে স্নায়বিক উত্তেজনা সাধিত হইলে জরায়ু প্রবলরূপে ঘন ঘন সঙ্কুচিত হইতে পারে। সেই সঙ্কোচন ক্রমে বলবত্তর ও নিয়মিত হইয়া প্রসব বেদনায় পরিণত হইবার সম্ভাবনা। এই অনুমান যদি যথার্থ হয়, তথাপি প্রসবকার্য্য কেন যে একটী নির্দ্দিষ্ট সময়ে নিয়মিতরূপে সংঘটিত হইবে, তাহার কারণ সম্পূর্ণরূপে নিরূপণ করা যায় না।"

জরায়ুর সঙ্কোচন-প্রণালী।—জরায়ু ঠিক কি প্রণালীতে সঙ্কুচিত হয় অদ্যাপি তাহার সম্পূর্ণ মীমাংসা হয় নাই; এ সম্বন্ধে আজিও মতভেদ দেখিতে পাওয়া যায়। ডাক্তার উইলও প্রচার করিয়াছেন যে, জরায়ুর সঙ্কোচন সর্ব্বাগ্রে ইহার গ্রীবাদেশে আরব্ধ হইয়া উর্দ্ধে ক্রমান্বয়ে ফণ্ডাস প্রদেশে উত্থিত হয়, পুনর্ব্বার অধোদেশে নামিয়া আইসে। রিগবি, টাইলার স্মিথ প্রভৃতি মহোদয়গণ এই মতের পোষকতা করেন। কিন্তু এ মত ঠিক বলিয়া বোধ হয় না। ডাক্তার প্লেফেয়ার বলেন, "বেদনার গতি সতর্কতা সহকারে পর্য্যবেক্ষণ করিলে বরঞ্চ প্রতীত হইয়া থাকে যে, জরায়ুর সঙ্কোচন সর্ব্বপ্রথমে ইহার ফণ্ডাস প্রদেশেই আরব্ধ হয়। ফণ্ডাসে পৈশিক তন্তুর পূর্ণতা, আয়তন ও পরিমাণ অধিক। সঙ্কোচনকার্য্য জরায়ুর সেই ঊর্দ্ধ-প্রদেশে আরব্ধ হইয়া ক্রমে ইহার গ্রীবার দিকে নামিয়া আইসে। এই সঙ্কোচনকার্য্য এত শীঘ্র সম্পাদিত হয় যে, বোধ হইয়া থাকে যেন সমস্ত

জরায়ু এককালে সঙ্কুচিত হইয়া পড়িল।" জরায়ুর সঙ্কোচন যে, ইহার উর্দ্ধ-ভাগে আরম্ভ হইয়া ক্রমে ইহার নিম্নভাগে প্রসারিত হয়, প্রসবকালে জরায়ুর অভ্যন্তরে হস্ত প্রবেশিত করিলে তাহা স্পষ্ট অনুভূত হইয়া থাকে।

জরায়ুর সঙ্কোচনের সহিত মনের কোন সম্বন্ধ নাই বলিলেও অত্যুক্তি হয় না; কেননা মাতা ইচ্ছা করিলেই জরায়ুর সঙ্কোচন উৎপাদন, হ্রাস ও বৃদ্ধি করিতে পারেন না। জরায়ুর স্নায়বিক সম্বন্ধ প্রধানতঃ সাহানুভূতিক বিভাগের সহিত না থাকিয়া যদি মস্তিষ্ক ও মেরুদণ্ড বিভাগীয় স্নায়ুকেন্দ্রের সহিত থাকিত, তাহা হইলে যাতনাকর প্রসববেদনা অধিকতর যাতনাকর হইয়া উঠিত। কিন্তু সাহানুভূতিক ও মস্তিষ্কীয় বিভাগের সহিত পরস্পরের পরোক্ষ সম্বন্ধ থাকাতে, মনের সহিত জরায়ুর যে কোন সম্বন্ধ নাই, এ কথাও বলা যাইতে পারে না, কেননা অনেক সময় মানসিক উত্তেজনায় জরায়ুর সঙ্কোচন বর্দ্ধিত ও সময়ে সময়ে উৎপাদিত হইয়া থাকে, এবং কোন কারণে দেহ বিষ্টম্ভিত হইয়া পড়িলে জরায়ুর কার্য্যবিকার ঘটিতে দেখা যায়। প্রসবকালে চিকিৎসক সূতিকা গৃহে প্রবেশ করিলে গর্ভিণীর চিত্ত-বৃত্তির ভাবান্তরের সহিত অনেক স্থলে বেদনা সহসা ক্ষণকালের জন্য সম্পূর্ণ নিবৃত্ত হইতে পারে। কোন কোন সময় অকস্মাৎ কোনরূপ মানসিক উত্তেজনা আরম্ভ হইলে জরায়ুর সঙ্কোচনের বল ও ঘনতা বৃদ্ধি পাইয়া থাকে। শরীরের কোন অংশ উত্তেজিত হইলে সেই উত্তেজনায় জরায়ুও সময়ে সময়ে সঙ্কুচিত হইয়া উঠে। স্তনের সহিত জরায়ুর স্নায়বিক সম্বন্ধ অধিক; এইজন্য স্তনের উত্তেজনায় জরায়ু প্রায়ই উত্তেজিত হইয়া থাকে।

প্রসবের আনুষঙ্গিক বলও স্নায়বিক প্রত্যাবর্ত্তন ক্রিয়া দ্বারা উৎপাদিত হয় বলিয়া মাতার সম্পূর্ণ আয়ত্তাধীন নহে। মাতা ইচ্ছা করিলেই এই বলের উৎপাদন নিবারিত করিতে পারেন না; কিন্তু প্রকাশ পাইলে ইচ্ছা-মত কমাইতে বা বাড়াইতে পারেন। প্রসবকার্য্যের অগ্রসরকালে আনুষঙ্গিক প্রসববল বাড়িয়া উঠিলে মাতা অজ্ঞাতসারে এই বলের বর্দ্ধনে সাহায্য করিয়া থাকেন। এ বিষয় ইতঃপর সবিশেষ বর্ণিত হইবে।*

* প্রসবের দ্বিতীয় ক্রম দ্রষ্টব্য।

মাতা ও গর্ভস্থ শিশুর উপর বেদনার কার্য্যফল।— জরায়ুর সঙ্কোচন প্রসবিনী ও ভ্রূণের উপর যেরূপ কার্য্য করিয়া থাকে, তৎসম্বন্ধে কয়েকটী কথা এস্থলে সন্নিবেশিত হইল। বেদনা আরম্ভ হইলে হৃৎপিণ্ডের সঙ্কোচনের ঘনতা বৃদ্ধি পাইয়া থাকে, প্রত্যেক বেদনার উত্থান ও পতনের সহিত নাড়ীর সংখ্যার বৃদ্ধি ও হ্রাস হইতে দেখা যায়। বেদনার বিরাম-কালে নাড়ীর সংখ্যা যত থাকে, বেদনার আরম্ভে উহা তদপেক্ষা বাড়িয়া উঠে, এবং বেদনার পূর্ণ উত্থানে নাড়ীর সংখ্যা পূর্ণ সীমা প্রাপ্ত হয়। ক্রমে উভয়ই সমভাবে কমিয়া আইসে এবং বেদনার বিরামে নাড়ী আবার বিরাম কালীন প্রকৃতি পুনঃপ্রাপ্ত হয়। নাড়ীর সংখ্যার উত্থান ও পতন পর্য্যবেক্ষণ করিয়া ডাক্তার হোল্ বিবেচনা করেন যে, "নাড়ীর এইরূপ উত্থান ও পতন যে পরিমাণে সামানুপাতিক হয়, বেদনাও সেই পরিমাণে ফলপ্রদ হইতে দেখা যায়। বেদনা দুর্ব্বল হইলে পূর্ণ সীমায় সমুত্থিত হইতে না হইতে নাড়ীর ঘনতা কমিয়া আইসে। বেদনার উত্থানের সহিত নাড়ীর সংখ্যা ক্রমে না বাড়িয়া যখন আকস্মিক বৃদ্ধি পাইতে থাকে, তখন জরায়ুর সঙ্কোচন দ্রুত হইতে দেখা যায়। এইরূপে এক একটী বেদনার পূর্ণ উত্থানে নাড়ীর সংখ্যা যত হইতেছিল তত না হইয়া বেদনার উত্থানকালে তাহা কমিয়া আসিলে, অথবা নাড়ীর সংখ্যাবৃদ্ধি সামানুপাতিক না হইয়া অপেক্ষাকৃত ত্বরিত হইলে স্পষ্ট সূচিত হইয়া থাকে যে, জরায়ুর সঙ্কোচন পূর্ব্বের ন্যায় কার্য্যকর নহে। একটী পূর্ণ ফলপ্রদ বেদনার স্থায়িত্ব-কাল দুই মিনিট হইলে প্রতি মিনিটের এক চতুর্থাংশ সময়ের মধ্যে নাড়ীর সংখ্যা যে ভাবে উত্থিত ও পতিত হইয়া থাকে, নিম্নলিখিত অনুপাত দ্বারা তাহা প্রকাশ করা যাইতে পারে :—

১৮,   ১৮,   ২০, ২২:   ২৪,   ২৪,   ২২,   ১৮,

ঐ অঙ্কপাত দ্বারা স্পষ্ট প্রতীতি হইতেছে যে, দ্বিতীয় মিনিটের প্রথমার্দ্ধকালে গর্ভিণীর নাড়ীর ঘনতা সর্ব্বোচ্চ সীমায় উত্থিত হইয়া থাকে"। এই সন্দর্শন কিয়ৎপরিমাণে সত্য হইতে পারে; কিন্তু ইহা দ্বারাই জরায়ুর সঙ্কোচন-বল ও কার্য্যকারিতা সকল সময়েই সূচিত হইতে পারে না; কেননা দ্বিতীয় ক্রমের পরিসমাপ্তিকালে প্রসবিনীর সর্ব্বাঙ্গীন উত্তেজনার সহিত নাড়ীর ঘনতা

এত বর্দ্ধিত হইতে পারে যে, তাহার উপর নির্ভর করিয়া বেদনার প্রকৃতি সকল স্থলে নির্দ্ধারণ করা সম্পূর্ণ অসম্ভব হইয়া পড়ে।

বেদনা-কালে মাতার ন্যায় শিশুরও শোণিতসঞ্চালন দ্রুত হইয়া উঠে, তৎকালে ষ্টিথস্কোপ দ্বারা পরীক্ষা করিলে স্পষ্ট অনুভূত হইয়া থাকে যে, ভ্রূণের হৃৎপিণ্ড অধিক ঘনতার সহিত সঙ্কুচিত হইতেছে। যতক্ষণ এমনিয়ম ঝিল্লি ছিন্ন না হয়, শিশু এমনিয়ম জলে থাকাতে ইহার দেহে অধিক উত্তেজনা হইতে পায় না, তজ্জন্য হৃৎপিণ্ডের সঙ্কোচনের ঘনতা অধিক বাড়ে না। কিন্তু এমনিয়ম ঝিল্লি ছিঁড়িয়া শিশুর প্রাগঅবতীর্ণ অংশ প্রসবপথে চাপিয়া আসিলে উত্তেজনার বৃদ্ধিতে তাহার হৃৎপিণ্ডের সঙ্কোচন-সংখ্যা অধিক পরিমাণে বাড়িয়া উঠে। এস্থলে বলা আবশ্যক যে বেদনাকালে জরায়ুর পৈশিক তন্তুর কম্পনে এক প্রকার শব্দ উৎপাদিত হইয়া থাকে, এই শব্দ অনেক সময় শিশুর হৃৎপিণ্ডের শব্দের ন্যায় বোধ হয়। কিন্তু এই শব্দ বেদনার বিরামকালে না থাকাতে ইহা ভ্রূণের হৃৎপিণ্ডের শব্দ বলিয়া ভুল হইতে পারে না।

শারীর তাপ।—প্রসবকালে শারীর তাপের অধিক বৃদ্ধি হইতে দেখা যায় না। তৎকালে ইহা অল্পমাত্র বাড়িয়াই প্রসবের পর আবার স্বাভাবিক হইয়া আইসে।

প্রসবকালে, এতদ্ব্যতীত স্থানিক ও সার্ব্বাঙ্গিক অন্যান্য পরিবর্ত্তন হইয়া থাকে; প্রসবের ভিন্ন ভিন্ন ষ্টেজ্ বা ক্রমের বর্ণনকালে সেই সমস্ত পরিবর্ত্তনের বিষয় বর্ণিত হইবে।

প্রকৃত ও অপ্রকৃত বেদনা।—গর্ভাবস্থায় প্রকৃত বেদনা ব্যতীত আর এক প্রকার বেদনা উৎপাদিত হয়। পূর্ণ গর্ভাবস্থায় সন্তান নিঃসারিত হইবার কয়েক দিবস পূর্ব্ব হইতে সচরাচর সেই বেদনা লক্ষিত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে তাহা গর্ভিণীকে উৎকট যন্ত্রণায় প্রপীড়িত করিয়া তুলে। সেই বেদনাকে "ফল্স্ পেন্" বা অপ্রকৃত বেদনা বলা যায়। স্থানিক উত্তেজনায় জরায়ু সঙ্কুচিত হইয়া অনেক স্থলে এই বেদনা উৎপাদিত হয়। পাকস্থলী বা অন্ত্রের উত্তেজিত অবস্থা অনেক সময় জরায়ুর ঐরূপ সঙ্কোচনের কারণ হইয়া উঠে। এইজন্য অজীর্ণতা ও মলরোধ প্রভৃতি পীড়ায় গর্ভিণীকে

প্রায়ই "কল্স্ পেনে" ব্যথিত হইতে হয়। কেবল জরায়ুর চাপে অন্ত্রের কোন স্থল উত্তেজিত হইলেও সেই উত্তেজনায় জরায়ু সঙ্কুচিত হইতে পারে। এতদ্ব্যতীত জরায়ু-প্রাচীরের কোন স্থানে শোণিতাধিক্য হইলে জরায়ু সঙ্কুচিত হইবার সম্ভাবনা। বাতগ্রস্ত গর্ভিণীদের কথন কথন এরূপ ঘটিতে দেখা যায়।

অপ্রকৃত বেদনা জরায়ুর সঙ্কোচন হইতে সঞ্জাত হইলেও জরায়ুর উপর ইহার কার্য্যফল প্রকৃত বেদনার ন্যায় নহে। প্রকৃত বেদনা একটি নিয়মিত পর্য্যায় ক্রমে প্রকাশ পাইয়া থাকে। এই বেদনা জরায়ুর আধেয়কে নিঃসরণপথে চালিত করিতে চেষ্টা পায়। তাহাতে এমনিয়মস্থালী ক্রমে নিম্নে নামিতে আরম্ভ করে এবং তৎসঙ্গে জরায়ুর মুখ বিস্ফারিত হইতে থাকে। বেদনাকালে আভ্যন্তরীণ পরীক্ষায় এমনিয়ম স্থালীর ক্রমিক অবতরণ এবং জরায়ুমুখের বিস্ফারণ স্পষ্টই অনুভব করিতে পারা যায়। প্রকৃত বেদনা নিয়মিতরূপে ঊর্দ্ধ হইতে অধোগামী হইয়া থাকে। ইহা প্রথমে "লম্বেন্স্" অর্থাৎ কটীদেশে অনুভূত হয় এবং ক্রমে অধোগামী হইয়া নিতম্ব বেষ্টন করিয়া "থাই" অর্থাৎ জানু পর্য্যন্ত আসিয়া পড়ে। বেদনাকালে এবডোমেন প্রাচীরের উপর হস্ত স্থাপন পূর্ব্বক পরীক্ষা করিলে স্পষ্ট বুঝিতে পারা যায় যে, জরায়ুর ঊর্দ্ধভাগে সঙ্কোচন আরম্ভ হইয়া ক্রমে তাহার মুখের দিকে নামিয়া আসিতেছে। এই সমস্ত বেদনার প্রত্যেকের উত্থান ও পতন ঠিক সমান ভাবে হইয়া থাকে। বেদনাটী প্রথমে ধীরে ধীরে মৃদুভাবে আরম্ভ হইয়া ক্রমে ক্রমে বর্দ্ধিত হইতে থাকে এবং উচ্চ সীমায় উত্থিত হইয়া পুনর্ব্বার ক্রমে ক্রমে কমিয়া আইসে; শেষে মৃদু হইয়া বিরাম প্রাপ্ত হয়। প্রসবের প্রারম্ভে এই সমস্ত বেদনা মৃদু ও অল্পকালস্থায়ী হইয়া থাকে, তৎকালে ইহা দীর্ঘকাল অন্তর অনুভূত হয়, কিন্তু বেদনা যত বর্দ্ধিত হইয়া উঠে ততই দীর্ঘকালস্থায়ী হইয়া পড়ে এবং ঘন ঘন অনুভূত হইতে থাকে।

অপ্রকৃত বেদনায় উক্তরূপ ভাব লক্ষিত হয় না। ইহা নিঃসারক-স্বভাবাপন্ন নহে এবং কোন নিয়মিত পর্য্যায়ক্রমে প্রকাশ পায় না। ইহা জরায়ুর সঙ্কোচন হইতে সঞ্জাত হইলেও সে সঙ্কোচন প্রকৃত প্রসব-সঙ্কোচনের

ন্যায় নহে। অনিয়মই ইহার প্রধান প্রকৃতি ; কেননা কোন নির্দ্দিষ্ট নিয়মানুসারে ইহার উত্থান ও পতন হইতে দেখা যায় না। ইহা অনিয়মে প্রকাশ পায়, অনিয়মে বর্দ্ধিত হইয়া উঠে এবং অনিয়মেই হ্রাস হইয়া পড়ে ; সমগ্র জরায়ু সঙ্কুচিত না হইয়া কেবল ইহার এক অংশ সঙ্কুচিত হয়। অপ্রকৃত বেদনা এব্‌ডোমেনের সর্ব্বস্থলেই অনুভূত হইতে পাবে ; কিন্তু অনেক স্থলে কেবল ইহার সম্মুখ ভাগে, হাইপোগ্যাষ্ট্রীয়ম্‌ প্রদেশে প্রকাশ পাইতে দেখা যায়। এই বেদনা নিঃসারকভাবাপন্ন না হওয়াতে ইহা দ্বারা জরায়ুর আধেয় নির্গমন-পথাভিমুখে চালিত হয় না,—জরায়ুর সঙ্কোচনে জরায়ুমুখ বিস্ফারিত হইয়া উঠে না। এই বেদনার প্রকৃত কারণ অনুসন্ধান করিয়া চিকিৎসা দ্বারা তাহা বিদূরিত করিতে পারিলেই বেদনা বিদূরিত হইয়া থাকে। সময়ে সময়ে প্রকৃত ও অপ্রকৃত বেদনা এককালে সঞ্জাত হইয়া রোগিণীকে যৎপরোনাস্তি কষ্ট দেয়। প্রকৃত বেদনার উদ্ভবের পর কখন কখন অপ্রকৃত বেদনা উদ্ভাবিত হয়, কখন বা অপ্রকৃত বেদনায় নিপীড়িত হইতে হইতে গর্ভিণী প্রকৃত বেদনার অধীন হইয়া পড়েন ; তৎকালে প্রকৃত ও অপ্রকৃত বেদনার কার্য্য এক সঙ্গে হওয়াতে রোগিণী নিরতিশয় প্রপীড়িত হইয়া থাকেন। এরূপ স্থলে অতি শীঘ্র অপ্রকৃত বেদনার প্রতিবিধান করা আবশ্যক। কোন কোন স্থলে অপ্রকৃত বেদনা প্রকৃত বেদনার উত্তেজক কারণ হইয়া থাকে।

প্রসবের ক্রম বা ষ্টেজ্‌।—প্রকৃত বেদনা আরম্ভ হইবামাত্র প্রসবের কার্য্য আরম্ভ হয় এবং জরায়ুর আধেয় নির্গমনের সহিত প্রসবকার্য্য সমাপ্ত হইয়া থাকে। এই কার্য্য কতিপয় নির্দ্দিষ্ট ক্রমানুসারে সম্পন্ন হয়। সেই এক একটী ক্রমকে ইংরাজিতে এক একটী ষ্টেজ্‌ বলা যায়।

পাশ্চাত্য চিকিৎসা শাস্ত্রের প্রণেতৃবর্গ প্রসবকার্য্যকে কতকগুলি ক্রমে বিভাগ করিয়াছেন। তাঁহাদের মধ্যে ডাক্তার ডেন্মার্‌মোর ক্রমবিভাগই সর্ব্বত্র আদৃত হইয়া থাকে। তিনি প্রসবকার্য্যকে তিনটী ক্রমে বিভাগ করিয়াছেন। প্রথম ও দ্বিতীয় ক্রমে গর্ভস্থ শিশু এবং তৃতীয় ক্রমে গর্ভস্থ ফুল নির্গত হইয়া থাকে।

প্রথম ক্রম বা ষ্টেজ্‌।—এই ক্রমে জরায়ুমুখ পূর্ণ অর্থাৎ শিশুর মস্তক নির্গমনোপযোগী পরিমাণে বিস্ফারিত হইয়া থাকে।

দ্বিতীয় ক্রম বা ষ্টেজ্।—এই ক্রমে শিশু নিঃসারিত হইয়া থাকে।

তৃতীয় ক্রম বা ষ্টেজ্।—এই ক্রমে ফুল নিঃসারিত হয়। প্রসবের প্রথম ক্রম পরিস্ফুট হইবার পূর্ব্বে আর একটী ক্রম দেখিতে পাওয়া যায়; সেই ক্রমকে উপক্রম বা প্রিপ্যারেটরী ষ্টেজ্ বলা যাইতে পারে।

স্বাভাবিক প্রসবকার্য্যে ঐ তিনটী ক্রম সুন্দররূপে পরিস্ফুট হইতে দেখা যায়। তৎকালে এক একটী ক্রম যথানিয়মে প্রকাশ পাইয়া থাকে।

উপক্রম বা প্রিমনিটরি ষ্টেজ্—পূর্ণ গর্ভে প্রকৃত প্রসববেদনা আরম্ভ হইবার পূর্ব্বে কয়েক দিবস ধরিয়া প্রসবসংক্রান্ত কতকগুলি লক্ষণ প্রকাশ পাইতে থাকে। সেই সমস্ত লক্ষণ দ্বারা স্পষ্ট বুঝিতে পারা যায় যে, অনধিক কালমধ্যে প্রসববেদনা আরম্ভ হইবে। সেই সমস্ত লক্ষণ প্রসবের পূর্ব্বজ্ঞাপক বা পূর্ব্ব লক্ষণ বলিয়া বর্ণিত হইয়া থাকে। এই সকল লক্ষণান্বিত অবস্থাকে প্রসবের উপক্রম বা প্রিমনিটরি ষ্টেজ্ বলা যাইতে পারে। গর্ভ পূর্ণতাপ্রাপ্ত হইবার কয়েক দিবস পূর্ব্ব হইতে প্রসব পথের কোমল টিস্যুসমূহ শিথিল হওয়াতে জরায়ু নীচে নামিতে থাকে। তৎকালে জরায়ুর মন্দ মন্দ সঙ্কোচন ইহার নিম্নাবতরণে সহায়তা করে। জরায়ুর এই সঙ্কোচন গর্ভিণীর স্পষ্ট অনুভূত হইয়া থাকে, কিন্তু ইহাতে তাঁহার কিছুমাত্র কষ্ট বোধ হয় না। এই সঙ্কোচনে জরায়ুর গ্রাথিত আয়তন ক্রমে হ্রাস পাইতে থাকে; ইহার গ্রীবানালী এই কালে জরায়ুপ্রাচীরে পরিণত হইতে আরম্ভ করে,—গ্রীবা ছোট হইয়া আইসে; জরায়ু নামিয়া পড়ে এবং ইহার গোলাকার ভাব বৃদ্ধি পায়। জরায়ু নামিয়া উক্তরূপ ভাব ধারণ করিলে এদেশের লোক সাধারণতঃ বলিয়া থাকে "পেট কুড়িয়া আসিতেছে, প্রসবের আর অধিক দেরি নাই।" জরায়ু বস্তিগহ্বরে নামিয়া পড়ায় এবডোমেন ছোট হইয়া আইসে। গর্ভের শেষ দুই সপ্তাহ কালে এই সকল ঘটনা সংঘটিত হইয়া থাকে। এই অবস্থান্তর হইবার পূর্ব্বে থোরাক্স-গহ্বরস্থ ও এবডোমেনের উপরি প্রদেশস্থ যন্ত্রসমূহের উপর জরায়ুর চাপ ন্যস্ত থাকে কিন্তু জরায়ু বস্তিগহ্বরে নামিয়া পড়ায় সেই সকল যন্ত্রের উপর জরায়ুর চাপ কমিয়া যায়; তখন বস্তিগহ্বরস্থ যন্ত্রসমূহের

উপর জরায়ুর চাপ অর্পিত হয় এবং চাপোম্মুক্ত ফুস্‌ফুস্‌, পাকস্থলী, যকৃৎ ও প্যান্‌ক্রিয়স প্রভৃতি যন্ত্রসমুদায়ের কার্য্যবিকার অনেক পরিমাণে বিদূরিত হয় : পূর্ব্বাপেক্ষা তাহাদের কার্য্যের উৎকর্ষ সাধিত হইয়া থাকে, অজীর্ণতা থাকিলে তাহা হ্রাস পায়, ক্ষুধার বৃদ্ধি হয়, অধিক পরিমাণে আহার করিতে সামর্থ্য জন্মে ও দেহে বলের উদ্রেক হয়।

ফুস্‌ফুস্‌ ও হৃৎপিণ্ডের বিরুদ্ধে চাপ কমিয়া যাওয়াতে নিশ্বাস প্রশ্বাস গভীর ও পূর্ণভাবে হইতে থাকে, শোণিতসঞ্চালন প্রণালীর আবদ্ধ ভাব কিয়ৎপরিমাণে বিদূরিত হয় ; পূর্ব্বাপেক্ষা সহজে চলিবার ফিরিবার ক্ষমতা হয় ও পূর্ব্বের ন্যায় অল্পেতে ক্লান্তি বোধ হয় না। জীবন অপেক্ষাকৃত নবীভূত হয়।

জরায়ুর অবতরণে যদিও গর্ভিণী পূর্ব্বোক্ত কতকগুলি যন্ত্রণা হইতে কিয়ৎপরিমাণে মুক্তিলাভ করেন কিন্তু তাঁহার কতকগুলি নূতন যন্ত্রণা আসিয়া উপস্থিত হয়। তৎকালে বস্তিগহ্বরস্থ যন্ত্রসমুদায়ের উপর জরায়ুর অধঃচাপ অর্পিত হওয়ায় সেই সমস্ত যন্ত্রের কার্য্যবিকার বৃদ্ধি পায় এবং কতকগুলি যন্ত্রণাময় লক্ষণ উদ্ভাবিত হইতে দেখা যায়। গর্ভের তৃতীয় ও চতুর্থ মাসের কতকগুলি যন্ত্রণা অনেক পরিমাণে পুনরুদ্রিক্ত হইয়া উঠে। মূত্রাশয়ের উত্তেজনা লক্ষিত হয় ; ইহার ধারণা শক্তির ব্যতিক্রম ঘটে ও ইহা পূর্ণ বিস্ফারিত হইতে না পাবায় এককালে অধিক মূত্র ধারণ করিতে পারে না,—ঘন ঘন অল্প পরিমাণে মূত্র নির্গত হইতে থাকে। মলত্যাগও ঐরূপে ঘন ঘন হইতে দেখা যায়, একবার দুইবারের স্থানে চারি পাঁচবার মলত্যাগ করা আবশ্যক হইয়া উঠে। এইরূপ মল নিঃসরণ হওয়ায় বদ্ধমল-জনিত প্রসবের প্রতিরোধ হইতে পায় না ; প্রসবকাল উপস্থিত হইলে শিশু অবাধে বহির্গত হইতে পারে। জরায়ুচাপে কোন কোন স্থলে প্রকৃত উদরাময় পীড়া উৎপাদিত হইতে দেখা যায়। রোগিণী ঘন ঘন তরল বা জলবৎ মলত্যাগ করিতে থাকেন ; কখন কখন আমাশয় পীড়া জন্মিত হইয়া তাঁহাকে প্রপীড়িত করিয়া তুলে।

জরায়ুর অধঃচাপে দেহের সমগ্র নিম্ন শাখাদ্বয়ের শোণিত-সঞ্চালনের ব্যতিক্রম ঘটে ; শোণিত সঞ্চালন সুচারুরূপে সম্পাদিত না হওয়াতে নিম্ন

অজ, তলৃতা প্রভৃতি স্থলে এডিমা সঞ্জাত হইতে পারে এবং এডিমা শোথ থাকিলে তৎকালে তাহা বাড়িয়া উঠে। কোন কোন স্থলে অর্শ রোগ উৎপন্ন হয় এবং পূর্ব্বাবধি তাহা থাকিলে তৎকালে বর্দ্ধিত হইয়া রোগিণীকে প্রপীড়িত করিয়া তুলে। কখন কখন ঐ সকল রোগের আতিশয্য লক্ষিত হইয়া থাকে।

গর্ভের পূর্ণাবস্থা যত প্রস্ফুটিত হইয়া আইসে, জরায়ুর গ্রীবানালী হইতে মিউকস-নিঃস্রবণ নিঃসৃত হইতে থাকে। নিঃসৃত পদার্থ যোনিদ্বারা অধিক পরিমাণে নির্গত হয়। এই সময়ে জরায়ুগ্রীবাস্থ কৈশিক নালী বিচ্ছিন্ন হইলে নিঃসৃত পদার্থের সহিত শোণিত মিশ্রিত থাকিতে দেখা যায়। প্রসবের অব্যবহিত পূর্ব্বে এইরূপ নিঃস্রবকে ইংরাজীতে "শোজ" কহে। ইহা দ্বারা স্পষ্ট বুঝিতে পারা যায় যে, প্রসব-কার্য্য অবিলম্বে আরম্ভ হইবে। অনেক স্থলে শোজের পরক্ষণেই প্রসব-বেদনা আরম্ভ হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে "শোজ" না থাকিতেও পারে। প্রসবপথ শিথিল ও বিস্ফারণশীল থাকিলে প্রায়ই "শোজের" আধিক্য দেখিতে পাওয়া যায়। ইহার আধিক্যে প্রসবকার্য্য সহজে ও অল্প সময়ের মধ্যে সম্পাদিত হইবার অধিক সম্ভাবনা। এই সকল পূর্ব্ব লক্ষণের পর প্রসব-বেদনা আরম্ভ হয়।

প্রসবের প্রথম ক্রম বা ষ্টেজ্।—এই ক্রমে জরায়ুমুখের পূর্ণ অর্থাৎ ভ্রূণের মস্তকনির্গমনোপযোগী বিস্ফারণ হইয়া থাকে। ইহাকে বিস্ফারণ ক্রম বলা যাইতে পারে। জরায়ুর সঙ্কোচনে ইহার মুখ যে প্রণালীতে বিস্ফারিত হয়, তাহা অতি বিচিত্র। জরায়ুর পৈশিক নির্ম্মাণ এরূপ যে, ইহার সঙ্কোচনেই ইহার মুখ বিস্ফারিত হইয়া থাকে। বোধ হয় এই কার্য্য প্রধানতঃ দ্রাঘিষ্ঠ তন্তু সমুদায়ের দ্বারা সাধিত হয়। এই সকল তন্তুর সংখ্যা অধিক এবং উহাদের সঙ্কোচন জরায়ুমুখের বৃত্তাকার তন্তু সকলের বিপক্ষে কার্য্য করিয়া থাকে। বৃত্তাকার তন্তু সকলের সংখ্যা কম, তজ্জন্য তাহাদের সঙ্কোচনজনিত বলও অপেক্ষাকৃত কম। অল্প বল অপেক্ষাকৃত অধিক বল দ্বারা অতিক্রান্ত হইয়া পড়ে; এইজন্য জরায়ুর সঙ্কোচনে দ্রাঘিষ্ঠ তন্তুগুলি ইহার মুখস্থিত বৃত্তাকার তন্তুগুলির বিরুদ্ধে কার্য্য করাতে জরায়ু-মুখ স্বভাবতঃ বিস্ফারিত হইতে থাকে।

জরায়ুর সঙ্কোচনজনিত বল আধেয়ের দ্বারা ইহার মুখবিস্ফারণে সম্যক্‌রূপে ন্যস্ত হয়। শিশু জরায়ুর অভ্যন্তরস্থ ঝিল্লির অন্তর্গত এমনিয়ম জলে স্থিত। জরায়ু যখন ইহার আধেয়ের উপর চাপিতে থাকে, সেই চাপ কৈন্দ্রিক বল-রূপে জরায়ুপ্রাচীরের সর্ব্বত্র সমভাবে ন্যস্ত হয়। এই আভ্যন্তরীণ চাপ জরায়ুর মুখের উপর সুচারুরূপে ফলিত হইয়া থাকে। এমনিয়ম ঝিল্লির যে অংশ জরায়ুমুখের উপর স্থিত, জরায়ুর প্রতিসঙ্কোচনে এমনিয়ম চাপে তাহা একটী জলথালীরূপে জরায়ুর উন্মুক্ত দ্বার দিয়া নামিতে থাকে এবং একটী তরল "ওয়েজ" বা কীলকরূপে কার্য্য করিয়া জরায়ুমুখকে সহজে বিস্ফারিত করিতে আরম্ভ করে। জরায়ুমুখ যত বিস্ফারিত হয়, এমনিয়ম থালী তত নামিতে থাকে এবং উহার পরিধিও তত বাড়িতে আরম্ভ করে। ইহার আয়তন সর্ব্বপ্রকারে বর্দ্ধিত হইয়া উঠে। কোমল জরায়ুমুখের উপর কোমল তরল কীলকচাপ প্রদান করাতে সে চাপ জরায়ুমুখের সর্ব্বত্রই সমান ভাবে অর্পিত হয়; তাহাতে কোনরূপ উত্তেজনা সাধিত হয় না; জরায়ুমুখ সহজে বিস্ফারিত হইতে থাকে।

এক্ষণে স্পষ্ট প্রতীতি হইতেছে যে, জরায়ুসঙ্কোচনের বল ইহার মুখের উপর তিন প্রকারে কার্য্য করিয়া থাকে। প্রথম,—জরায়ুর গঠন ও নির্ম্মাণপ্রণালী এরূপ যে, ইহার সঙ্কোচনে জরায়ুমুখ বিস্ফারিত হইয়া থাকে; দ্বিতীয়,—জরায়ুর সঙ্কোচনজনিত বল আধেয় দ্বারা ইহার মুখের উপর ন্যস্ত হয়; তৃতীয়,—আধেয়-চাপ তরল কীলকরূপে কার্য্য করাতে আভ্যন্তরীণ চাপ বর্দ্ধিত ভাবে জরায়ুমুখের উপর ন্যস্ত হয় এবং মুখের সকল স্থানে চাপ সমান ও কোমল ভাবে পতিত হইয়া থাকে। এইজন্য কোন কারণে এমনিয়মথালী অকালে ছিন্ন হইলে ভ্রূণের কঠিন মস্তক জরায়ুমুখের উপর চাপ প্রদান করিতে থাকে; সে চাপ জরায়ুমুখের সর্ব্বত্র সমান ভাবে পতিত হয় না; অনেক স্থলে উত্তেজনা সাধন করে। বেদনাকালে সেই উত্তেজনায় জরায়ুমুখের পৈশিক সঙ্কোচন সবলে ও বিষমভাবে হইতে থাকে; তাহাতে জরায়ুমুখের বিস্ফারণের ব্যতিক্রম ঘটে; জরায়ুমুখ সহজে ও শীঘ্র বিস্ফারিত হয় না। জরায়ুর পূর্ণ বিস্ফারণে এমনিয়মথালী প্রায়ই ছিঁড়িয়া যায়; এমনিয়মথালী ছিন্ন হওয়াকে এদেশে "থানীমুচি ভাঙ্গা" বলে

বেদনা আরম্ভ হইলে যদি যোনিতে অঙ্গুলি প্রবেশিত করিয়া পরীক্ষা করা যায়, তাহা হইলে স্পষ্ট অনুভূত হইবে যে, এমনিয়ম-ঝিল্লি যেন বিস্তারিত হইতেছে ও তাহার উপর টান পড়িতেছে। যতক্ষণ বেদনা থাকে ততক্ষণ তাহা উত্তরোত্তর নামিতে থাকে। প্রসববেদনার প্রারম্ভে জরায়ুমুখ অল্পই বিস্ফারিত থাকে, তৎকালে পরীক্ষকের একটী মাত্র অঙ্গুলি তন্মধ্যে প্রবেশিত হইতে পারে এবং জরায়ুগ্রীবার ঊর্দ্ধ ও অধো মুখ স্পষ্ট অনুভব করিতে পারা যায়। ক্রমে বেদনা যত অগ্রসর হইতে থাকে, জরায়ুগ্রীবার দীর্ঘতা কমিয়া আইসে, তখন ইহা সূক্ষ্ম ও অঙ্গুরীয়বৎ হইয়া যায়; জরায়ুগ্রীবার ঊর্দ্ধ ও অধোমুখের আর পার্থক্য থাকে না এবং জরায়ুমুখ, জরায়ুগহ্বর ও যোনি একত্রে একটী সমায়তন গহ্বরে পরিণত হইয়া পড়ে।

পানীমুচি ভাঙ্গিলে শিশুর মস্তক নামিয়া জরায়ু-মুখে চাপিয়া আইসে; তাহাতে জরায়ু-গহ্বরস্থ সমস্ত এমনিয়ম নির্গত হইতে পারে না; কেবল বেদনার বিরাম কালে অল্প অল্প পরিমাণে নিঃসৃত হইতে থাকে এবং যতক্ষণ শিশু ভূমিষ্ঠ না হয়, ইহার কিয়দংশ জরায়ু-গহ্বরে অবরুদ্ধ থাকে। জরায়ুমুখ পূর্ণ বিস্ফারিত হইলেও কখন কখন পানীমুচি ভাঙ্গিতে দেখা যায় না; তখন তাহা ক্রমে ক্রমে আরও নামিয়া যোনি ও পেরিনিয়মের বিস্ফারণে সহায়তা করে। কোন কোন স্থলে পানীমুচি আদৌ না ভাঙ্গিয়াই শিশু সমেত ভূমিষ্ঠ হয়। এরূপ হইলে এদেশে সচরাচর বলে শিশু "পয়োভস্ত্র" নির্গত হইয়াছে। শিশু পয়োসমেত নির্গত হইলে তৎক্ষণাৎ তাহা ছিঁড়িয়া শিশুকে বহির্গত করা আবশ্যক।

প্রথম ক্রমের বেদনার প্রকৃতি।—বেদনার প্রকৃতি দেখিলে অনেক স্থলে স্পষ্ট বুঝিতে পারা যায় যে, প্রসবের প্রথম ক্রম এখনও শেষ হয় নাই। এই ক্রমে আনুষঙ্গিক প্রসব-বল উৎপাদিত হয় না এবং জরায়ুর প্রাচীরস্থ পেশিসমুদায় সঙ্কুচিত না হওয়াতে প্রাচীর শিথিল থাকে; এইজন্য বেদনাকালে বাহ্য পরীক্ষা দ্বারা জরায়ু সঙ্কোচন সহজে স্পষ্ট অনুভব করিতে পারা যায়। জরায়ুর সঙ্কোচন ঊর্দ্ধভাগে আরম্ভ হইয়া নিম্নভাগে জরায়ু-মুখের দিকে নামিয়া আইসে। প্রথমে কটীদেশে বেদনার বিকাশ হইয়া থাকে; পরে তথা হইতে শ্রোণিদেশ বেষ্টন করিয়া জানুতে নামিয়া আইসে।

জরায়ু-সঙ্কোচনে ও আবেগ-চাপে অঙ্গের পৈশিক তন্তুসমূহ যুগপৎ পেষিত ও বিস্ফারিত হইতে থাকে; এইজন্য বেদনাও নিষ্পেষক বা গ্রাইণ্ডিং ও বিদারক বা টেয়ারিং ভাবাপন্ন হইয়া পড়ে। সেই বেদনায় যন্ত্রণায় গর্ভিণী অনেক স্থলে অধীর হইয়া এ ভাবে তাহা প্রকাশ করেন যে, তাহা দেখিলেই চিকিৎসক প্রথমে ক্রমের বেদনা বলিয়া বুঝিতে পারেন। এই ক্রমের বেদনা দ্বিতীয় ক্রমের বেদনার ন্যায় আবদ্ধ ভাবাপন্ন নহে,—ইহা প্রকাশ ভাবাপন্ন। দ্বিতীয় ক্রমে আনুষঙ্গিক প্রসব-বলোৎপাদনের সহিত গর্ভিণীর শ্বাস রুদ্ধ ভাবাপন্ন হইয়া আইসে; তিনি সম্যকরূপে শ্বাস ত্যাগ করিতে পারেন না; বেদনা আসিলেই তাঁহাকে পূর্ণ শ্বাস গ্রহণ করিয়া তাহা ক্রমে ক্রমে ত্যাগ করিতে হয়; তাঁহার চীৎকার করিবার বা কথা কহিবার ক্ষমতা থাকে না। কিন্তু প্রথম ক্রমে নিশ্বাস সেরূপ আবদ্ধভাবাপন্ন হয় না; এই ক্রমে বেদনা আসিলেই তিনি তজ্জনিত যন্ত্রণা প্রকাশ করিয়া ফেলেন। তাঁহার যন্ত্রণা-প্রকাশ ক্রন্দন বা চীৎকার ভাবাপন্ন হইয়া পড়ে। তিনি থাকিয়া থাকিয়া আর্ত্তস্বরে চীৎকার করিয়াউঠেন। গর্ভিণীর ধাতু প্রকৃতি অনুসারে বেদনার তারতম্য দেখিতে পাওয়া যায়। যাঁহাদের স্নায়বিক প্রকৃতি প্রবল, যাঁহারা অল্পেই অধীর হইয়া পড়েন, তাঁহাদের পক্ষে জরায়ুমুখের বিস্ফারণজনিত বেদনা অত্যন্ত কষ্টকর হইয়া থাকে। বেদনা আসিবামাত্র তাঁহারা উচ্চৈঃস্বরে কাঁদিতে থাকেন এবং অল্প সময়েই অস্থির ও হতাশ হইয়া পড়েন।

জরায়ুর মুখপ্রদেশের সহিত পাকস্থলীর সাহানুভূতিক সম্বন্ধ অধিক; এই জন্য জরায়ুমুখ পূর্ণ বিস্ফারিত অথবা পূর্ণ বিস্ফারণোন্মুখ হইলে প্রত্যাবর্ত্তক ক্রিয়াদ্বারা গর্ভিণীর বমোনেচ্ছা বা কখন কখন বমন হইতে দেখা যায়। সেই বমনে সমস্ত ভুক্ত দ্রব্য উদ্গীরিত হইলেও বমনেচ্ছা নিবারিত হয় না। প্রথম ক্রমে স্বভাবতঃ বমন হইয়া থাকে, এবং বমন উদ্রিক্ত হইলে অনেক স্থলে জরায়ুমুখ সহজেই বিস্ফারিত হইতে দেখা যায়। বমির সহিত কখন কখন কম্পন হইয়া থাকে। কম্পন সামান্যভাবে হইয়া একরূপ রাইগরে পরিণত হইতেও দেখা যায়। এই সকল লক্ষণ স্নায়বিক কারণে উৎপাদিত হয়। কম্পনে প্রসবিণীর শীত বোধ হয় না; তৎকালে বরং তাঁহার প্রচুর ঘর্ম উদ্গত হইতে থাকে এবং শারীর তাপ অল্প পরিমাণে

বর্দ্ধিত হইয়া উঠে। বেদনাজনিত নাড়ির ঘনতা যতদূর বৃদ্ধি পাওয়া সম্ভব, তদপেক্ষা অধিক হয় না; তৎসহ জিহ্বার শুষ্কতা, ও দেহে অত্যুত্তাপ প্রভৃতি দুর্লক্ষণ থাকে না।

দ্বিতীয় ক্রম।—এই ক্রমে শিশু প্রসবপথদ্বারা নিঃসারিত হইয়া থাকে; এইজন্য এই ক্রমকে নিঃসারক ক্রম বলা যাইতে পারে। অসের পূর্ণ বিস্তারণে এই ক্রম আরম্ভ ও শিশুর বহির্নিঃসরণে ইহা সমাপ্ত হয়। প্রথম ক্রম শেষ হইয়া আসিলে শিশুর মস্তক নিঃসারণপথে নামিতে থাকে ও পানীমুচি ছিঁড়িয়া এমনিয়ম নির্গত হয়; সেইসঙ্গে জরায়ুপ্রাচীরের আয়তন কমিয়া আসাতে ইহা পুরু হইয়া পড়ে। তখন জরায়ু অপেক্ষাকৃত অধিক বলের সহিত সঙ্কুচিত হইতে থাকে। বেদনার ঘনতাবৃদ্ধির সহিত ইহার তীব্রতা ও স্থায়িত্ব বৃদ্ধি পায়। জরায়ু-গহ্বর উত্তরোত্তর যত খর্ব্বায়তন হইয়া পড়ে, বেদনার বল ততই বাড়িতে থাকে। এই সময় জরায়ুমুখের সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম রক্তবহা নালী ছিঁড়িয়া যাওয়াতে নিঃস্রবণের সহিত প্রায়ই কিয়ৎ-পরিমাণে শোণিত মিশ্রিত দেখিতে পাওয়া যায়।

আনুষঙ্গিক প্রসব বল।—দ্বিতীয় ক্রমে আনুষঙ্গিক প্রসব বল উদ্ভাবিত হইয়া ভ্রূণ নিঃসারণে সহায়তা করে। আনুষঙ্গিক প্রসব বলের বিকাশ অতি বিচিত্র। ইহা প্রধানতঃ এবডোমেনের প্রাচীরস্থিত কতকগুলি শ্বাসনিঃসারক পেশীর সঙ্কোচনে উৎপাদিত হইয়া থাকে। বেদনা আসিলেই গর্ভিণী প্রায়ই অজ্ঞাতসারে পূর্ণ শ্বাস লইয়া তাহা রোধ করিয়া রাখিতে চেষ্টা করেন, এবং নিকটে কোন অবলম্বন থাকিলে প্রায়ই তাহা দৃঢ়ভাবে ধারণ করিয়া থাকেন। শ্বাস রুদ্ধ থাকাতে থোরাক্সগহ্বর বায়ুতে পরিপূর্ণ এবং ইহার প্রাচীর বিস্তারিত, দৃঢ় ও স্থির হইয়া থাকে; ডায়াফ্রামও নামিয়া পড়ে। এইরূপ হওয়াতে এবডোমেনগহ্বরের আয়তন কমিয়া আইসে। থোরাক্সগহ্বরের উক্তরূপ দৃঢ় ও বায়ুপূর্ণাবস্থায় এবডোমেন-প্রাচীর সবলে সঙ্কুচিত হইতে থাকে, তাহাতে এবডোমেন-গহ্বরের আয়তন আরও কমিয়া আইসে। এইরূপে এবডোমেন গহ্বরস্থ যন্ত্রসমুদায়ের উপর চাপ পড়াতে প্রাচীরের যে দিকে প্রতিরোধ-বল অল্প, তৎসমুদায় সেই দিকেই চালিত হয়। শিশুসমেত জরায়ুও বস্তিগহ্বরের নিঃসারণপথাভিমুখে তাড়িত হইয়া

থাকে। পাকস্থালীর উপর চাপ পড়াতে ইহার অন্তর্গত ভুক্ত দ্রব্য উদ্গীরিত হয়; প্রথম ক্রমের শেষভাগে স্নায়বিক প্রত্যাবর্ত্তক ক্রিয়া দ্বারা যে বমন হইয়া থাকে, দ্বিতীয় ক্রমের এ বমন সেরূপ নহে; চাপ প্রযুক্ত পাকস্থলী পেষিত হওয়ায় ইহার আধেয় নিঃসারিত হইয়া পড়ে। এবডোমেনপ্রাচীর সঙ্কুচিত হইয়া জরায়ুর উপর চাপ প্রদান করাতে, জরায়ুও উত্তেজিত হইয়া উঠে; তাহাতে ইহার সঙ্কোচন বৃদ্ধি পায়।

বেদনার প্রকৃতি ও তাহার কার্য্য-ফল।—আনুষঙ্গিক ও জরায়ুসঙ্কোচনজনিত বল যুগপৎ কার্য্য করাতে প্রসব অগ্রসর হইতে থাকে এবং বেদনা কুন্থনভাবাপন্ন হইয়া পড়ে। বেদনায় ভ্রূণ প্রসবপথে নামিতে থাকে; তৎকালে গর্ভিণী স্পষ্ট অনুভব করিতে পারেন যে, একটী কঠিন পদার্থ প্রসবপথ বিস্ফারিত করিয়া নামিতেছে; এইজন্য এই ক্রমের বেদনাকে সন্তাড়ক বা "বেয়ারিং ডাউন" বেদনা বলা যায়। কুন্থন বেদনা অধিক পরিমাণে গর্ভিণীর আয়ত্তাধীন। আনুষঙ্গিক বল উৎপাদিত হইলে তিনি ইচ্ছানুসারে তাহার বৃদ্ধি বা হ্রাস করিতে পারেন। আনুষঙ্গিক বলের বিকাশকালে চেষ্টগহ্বর বায়ুপূর্ণ না থাকিলে এবডোমেনের প্রাচীর-চাপ সম্যকরূপে কার্য্য করিতে পারে না। এইজন্য বেদনা বৃদ্ধি করিবার আবশ্যক হইলে গর্ভিণীকে কুন্থন দিতে বলা যায়। কুন্থন দিতে হইলেই শ্বাস বন্ধ করিতে হয়। সেইরূপ আবার বেদনার বল কমাইতে হইলে গর্ভিণীর কথা কওয়া আবশ্যক। কথা কহিলে অথবা ক্রন্দন করিলে থোরাক্স-গহ্বরের বায়ুপূর্ণতা কমিয়া যায়। তখন এবডোমেন-প্রাচীরের চাপ জরায়ুর উপর সম্যক্‌রূপে ন্যস্ত হয় না।

প্রসব যত অগ্রসর হইতে থাকে, বেদনা এত ঘন ঘন ও প্রবলভাবে আইসে যে, গর্ভিণী তাহাতে সাতিশয় প্রপীড়িত হইয়া পড়েন। কিন্তু বেদনা অত্যন্ত যন্ত্রণাকর হইলেও তৎকালে নিশ্বাস আবদ্ধভাবে থাকাতে গর্ভিণী প্রথম ক্রমের ন্যায় সেই যন্ত্রণা প্রকাশ করিতে পারেন না। বেদনা আসিলে পূর্ণ শ্বাস এককালে ত্যাগ করিতে না পারায় তিনি অল্পে অল্পে শ্বাস ত্যাগ করিতে থাকেন। তজ্জন্য বেদনা গভীর ও অস্পষ্ট আর্ত্তস্বরে সূচিত হইয়া থাকে। বেদনা থামিয়া আসিলেই কোন কোন গর্ভিণী

চীৎকার করিয়া উঠেন; বেদনার বিরামস্থলে কেহ কেহ ক্ষণমাত্র নিদ্রিত হইয়া পড়েন। সেই নিদ্রাবেশ ক্ষণস্থায়ী হইলেও গর্ভিণীর পক্ষে বিশেষ হিতকর; কেননা তিনি সেই অবসরে পুনর্ব্বল লাভ করিতে পারেন। বেদনাকালে গর্ভিণীর যদিও যন্ত্রণা প্রকাশ করিবার ক্ষমতা থাকে না, তথাপি তাঁহার মুখাবয়ব দেখিয়া স্পষ্ট বুঝিতে পারা যায় যে, তাঁহার সর্ব্ব শরীরের কার্য্যবিকার হইতেছে, তিনি অতিশয় যাতনায় প্রপীড়িত হইতেছেন। শ্বাসকার্য্যের ব্যতিক্রম হওয়াতে শোণিত সঞ্চালনেরও ব্যতিক্রম হইয়া থাকে এবং হৃৎপিণ্ডের কার্য্যের বৃদ্ধিবশতঃ নাড়ীর ঘনতাও বৃদ্ধি পায়; শোণিত হৃৎপিণ্ডের দক্ষিণভাগ হইতে বামভাগে সুচারুরূপে যাইতে পারে না; শিরামধ্যে অধিক পরিমাণে আবদ্ধ হইয়া পড়ে এবং ধমনীতে অপেক্ষাকৃত শোণিতহীনতা উৎপাদিত হইয়া থাকে। শোণিতসঞ্চালনের উক্তরূপ আবদ্ধভাব দেহের সর্ব্বত্র লক্ষিত হইয়া থাকে। এই ক্রমে মুখমণ্ডলে শোণিতাধিক্য বশতঃ প্রায়ই আরক্তভাব পরিলক্ষিত হয়; বেদনা ভোগকালে সেই আরক্তিমতা বৃদ্ধি পায় কিন্তু বেদনার অপগমে তাহা আবার কমিয়া আইসে। শিরামধ্যে শোণিত অধিক পরিমাণে আবদ্ধ হইয়া পড়িলে সেই আরক্ত ভাব নীলাভ হইয়া পড়ে, সেই সময়ে মস্তিষ্কে শোণিতাধিক্য হওয়ায় মস্তিষ্কের কার্য্যবিকার হইবার অধিক সম্ভাবনা;—কোন কোন স্থলে গর্ভিণী অজ্ঞান হইয়া পড়েন; কখন কখনও তাঁহার আক্ষেপ হইতে দেখা যায়।

বস্তিগহ্বরস্থ বৃহৎ বৃহৎ স্নায়ু সকলের মূলের উপর শিশুর মস্তক দ্বারা চাপ প্রদত্ত হওয়াতে সেই সকল স্নায়ুর বিস্তারস্থলে বেদনাকর পৈশিক সঙ্কোচন হইয়া থাকে। এইজন্য বেদনাকালে জানু ও চরণে খাল ধরিয়া গর্ভিণীর যন্ত্রণা বাড়াইয়া তুলে। তৎকালে এরূপ যন্ত্রণা কটিদেশেও অনুভূত হইয়া থাকে।

দ্বিতীয় ক্রম আরম্ভ হইলে আভ্যন্তরীণ পরীক্ষা দ্বারা তাহা স্পষ্ট বুঝিতে পারা যায়। তৎকালে শিশুর মস্তক ক্রমে নামিয়া আসাতে জরায়ুগ্রীবার ওষ্ঠদ্বয়ের সম্পূর্ণ বিলীন না হইলেও পরীক্ষা দ্বারা তাহা আর জানিতে পারা যায় না। দ্বিতীয় ক্রম অনেক অগ্রসর হইলেও কোন কোন স্থলে আবরণ

সম্মুখ ওষ্ঠ স্ফীত ভাবেই থাকে। সম্মুখ ওষ্ঠের বিস্ফারণে অপেক্ষাকৃত অধিক সময় আবশ্যক। ইহা বিস্ফারিত হইবার পূর্ব্বে শিশুর মস্তক নামিয়া আসিলে তাহা ওষ্ঠকে পিউবিসের বিরুদ্ধে চাপিয়া ধরে, তাহাতে ওষ্ঠ আবদ্ধ হইয়া স্ফীত হইয়া উঠে। তখন ইহা শিশুর মস্তকের উপর দিয়া সহজে স্খলিত হইতে পারে না এবং ক্রমাগত পেশিত হইয়া অনেক দূর পর্য্যন্ত নামিয়া আইসে। প্রত্যেক বেদনাতেই শিশুর মস্তক প্রসবপথকে ক্রমে ক্রমে বিস্ফারিত করিয়া অগ্রসর হয়; কিন্তু বেদনার অপগমে প্রসবপথের কুঞ্চনশীলতা ও স্থিতিস্থাপকতা শিশুর মস্তককে কিয়ৎ পরিমাণে অভ্যন্তরভাগে অপসারিত করিয়া দেয়। এইরূপে তাহা বারবার অপসারিত ও অগ্রসর হইতে থাকে। কিন্তু প্রতিবারেই তাহার অপসারণ অপেক্ষা অগ্রসরণ অধিক হওয়াতে প্রসব ক্রমে ক্রমে অগ্রসর হইয়া আইসে। এইরূপে প্রসবপথ ক্রমান্বয়ে আস্তে আস্তে বিস্ফারিত হওয়াতে ইহা আহত বা বিচ্ছিন্ন হইবার সম্ভাবনা সাতিশয় কমিয়া যায়।

শিশুর মস্তক নামিয়া যখন পেরিনিয়ম ও ভল্‌ভার উপর চাপিতে থাকে, তখন বেদনা অতিশয় প্রবল হইয়া উঠে। ভল্‌ভা এবং পেরিনিয়ম বিস্ফারিত হইতে থাকে; গুহ্য দ্বারের স্ফিঙ্কটর বা সঙ্কোচক পেশি বিস্ফারিত হয় এবং রেকটমের সম্মুখস্থ প্রাচীর প্রশস্ত হইয়া গুহ্য দ্বারের উপর নামিয়া পড়ে; সময়ে সময়ে ইহার কিয়দংশ বহির্নিঃসৃত হইয়া প্রকৃত প্রল্যাপ্‌সাস রেক্টাই উৎপাদন করে। এই অবস্থায় গর্ভিণীর যাতনা অত্যন্ত বাড়িয়া উঠে; তৎকালে পেরিনিয়ম বিদীর্ণ হইবার অধিক সম্ভবনা। এই অবস্থা গর্ভিণীর পক্ষে অতি সঙ্কটময়; তিনি এই সময়ে নিদারুণ যন্ত্রণায় একবারে ক্ষিপ্তপ্রায় হইয়া উঠেন। যাঁহারা অন্ত্রের কঠোর কলিক পীড়ায় ভুগিয়াছেন, তাঁহারা গর্ভিণীর এতৎকালীন উৎকট যন্ত্রণা অনেক পরিমাণে অনুমান করিতে পারেন। তৎকালে তিনি শ্বাস রুদ্ধ করিয়া ব্যথা খাইতে পারেন না; বেদনার তীব্রতা বৃদ্ধি হইলেই আর্ত্তস্বরে চীৎকার বা ক্রন্দন করিয়া উঠেন; তাহাতে আনুষঙ্গিক বল পূর্ণভাবে কার্য্য করিতে পারে না; শিশুর মস্তক নির্গমনোন্মুখ হইয়াও আবার কিয়ৎপরিমাণে অপসৃত হইয়া পড়ে, অথবা ঠিক সেই ভাবেই থাকে এবং বেদনার পুনরাগমনে পুনর্ব্বার বেদনার সঙ্গে

ক্রমাগতে এইরূপে অগ্রসর ও কিয়ৎপরিমাণে অপসৃত হইতে হইতে শিশুর মস্তক বহির্নিঃসৃত হইয়া থাকে। ইহার নিঃসরণকালে বিস্ফারিত পেরিনিয়ম শিশুর মুখের উপর দিয়া স্খলিত হইয়া যায় এবং মস্তক বহির্গত হইয়া আইসে। প্রকৃতির সংরক্ষণ-বিধানানুসারে শিশুর মস্তক ধীরে ধীরে বহির্গত হইলেও পেরিনিয়মের কিয়দংশ প্রায়ই ছিন্ন হইয়া যায় এবং প্রথম প্রসবিণীর ফোর্শেট কচিৎ অক্ষত থাকে।

শিশুর মস্তক নিঃসৃত হইলে প্রায় একটীমাত্র বেদনাতেই তাহার সমগ্র শরীর নির্গত হইয়া থাকে এবং সেই সঙ্গে এমনিয়ম জলের অবশিষ্ট অংশ নিঃসারিত হয়। এই এমনিয়মে প্রায়ই অল্প বা অধিক পরিমাণে শোণিত ও শোণিত চাপ মিশ্রিত থাকে। তখন এবডোমেনের উপর হস্ত স্থাপন করিয়া পরীক্ষা করিলে স্পষ্ট অনুভূত হইবে যে, জরায়ু যেন একটী গোলক আকারে ফুলের উপর দৃঢ়ভাবে সঙ্কুচিত হইতেছে। দ্বিতীয় ক্রম সমাপ্ত হইলে প্রসূতি অনেক পরিমাণে সুস্থ হইয়া স্বচ্ছন্দতা অনুভব করেন।

তৃতীয় ক্রম।—শিশু-নিঃসারণের পরই এই ক্রম আরম্ভ হয় এবং পরিস্রব বা ফুল নির্গমনে ইহার সমাপ্তি হইয়া থাকে। সন্তান ভূমিষ্ঠ হইলে জরায়ু উত্তরোত্তর কুঞ্চিত হইয়া আইসে; তাহাতে ইহার প্রাচীরের আয়তন কমিয়া আসাতে পরিস্রবের স্থিতিস্থলের আয়তন কমিয়া যায়; কিন্তু পরিস্রবের আয়তন সেরূপ কমে না; এইজন্য তাহা জরায়ুপ্রাচীর হইতে বিশ্লিষ্ট হইয়া পড়ে। অনেক স্থলে দ্বিতীয় ক্রমের শেষভাগে জরায়ুর সহিত পরিস্রবের সংযোগ বিশ্লিষ্ট হইতে আরম্ভ করে। প্রধানতঃ এই কারণেই শিশু নির্গমনের পর এমনিয়মের যে অবশিষ্ট অংশ নির্গত হয়, তাহাতে প্রায়ই শোণিত ও শোণিতচাপ মিশ্রিত থাকে। জরায়ু-সঙ্কোচনে পরিস্রবের বিশ্লেষণের সঙ্গে প্রাচীরস্থ উন্মুক্ত রক্তবহা নালীসমুদায় হইতে শোণিতস্রাব হইয়া আইসে। প্রাচীরের সঙ্কোচনে নালীসমুদায় খর্ব্বাকৃতি ধারণ করে, তাহাতে শোণিত অধিক পরিমাণে নিঃসৃত হইতে পায় না। ক্রমে উন্মুক্ত নালী সমুদায়ের মুখে রক্ত জমাট বাঁধাতে শোণিতনিঃস্রব সম্যকরূপে বন্ধ হইয়া আইসে। কিন্তু রক্তের জমাট বাঁধিতে সময় লাগে; এবং নালী [illegible] শোণিত অধিক পরিমাণে নিঃসৃত হইতে থাকে, ততক্ষণ তাহা

[illegible] জমাট থাকিতে পারে না। এইজন্য পরিস্রব নির্গমনের সহিত জরায়ুর সম্যক্ সঙ্কোচন আবশ্যক। পরিস্রব-নিঃসরণের পর জরায়ু সঙ্কুচিত অবস্থায় না থাকিলে বিশেষ অমঙ্গলের সম্ভাবনা; তাহাতে প্রভূত পরিমাণে শোণিত নির্গত হইয়া প্রসূতির জীবন প্রায়ই বিপন্ন করিয়া তুলে।

বিযুক্ত "ফুল" জরায়ু হইতে স্বভাবতঃ যে ভাবে নির্গত হইয়া থাকে, তৎসম্বন্ধে ডাক্তার ডান্‌কান বহু সন্দর্শন করিয়াছেন। বিশ্লিষ্ট পরিস্রব জরায়ুর সঙ্কোচন-চাপে ভাঁজিয়া পড়ে এবং জরায়ুমুখ দ্বারা নামিতে থাকে। ফুলের ভাঁজ বা পাটগুলি ঊর্দ্ধাধোভাগে অর্থাৎ জরায়ুর দীর্ঘ পরিধির সহিত সমান্তর ভাবে হইতে দেখা যায়। পরিস্রবের নিম্ন কিনারা প্রথমে জরায়ুমুখে প্রবেশ করে এবং ক্রমে ক্রমে নির্গত হইয়া থাকে। বিযুক্ত হইবার পূর্ব্বে ফুলের যে পার্শ্ব জরায়ু প্রাচীরে সংলগ্ন থাকে, নির্গত হইবার কালে সেই পার্শ্ব প্রায়ই নিম্নে আসিতে দেখা যায়। ফুলের যে দিকে ভ্রূণ সংলগ্ন থাকে, তৎকালে তাহা ঊর্দ্ধদিকে যাইয়া পড়ে। এবডোমেন-প্রাচীরের উপর হস্ত দ্বারা চাপ দিয়া ফুল নিঃসরণে সহায়তা করিলেও পরিস্রব উক্তরূপে নির্গত হইয়া থাকে। কিন্তু রজ্জু টানিয়া ফুল নিঃসারিত করিলে তাহা কিনারা দিয়া বহির্গত হয় না। রজ্জুর আকর্ষণে জরায়ুগহ্বরের অভ্যন্তরেই ফুলের ভ্রূণপার্শ্ব নিম্নভাগে আসিয়া পড়ে এবং পরিস্রব একটী আবদ্ধ ছত্রের ন্যায় হইয়া জরায়ুমুখ দিয়া নির্গত হইয়া থাকে। পিচকারীর পিষ্টন টানিলে যেমন সিলিণ্ডারের ভিতর শূন্যতা সাধিত হইয়া শোষণক্রিয়া সমুৎপাদিত হয়, পরিস্রব আবদ্ধ ছত্রাকারে জরায়ুমুখ চাপিয়া রজ্জু দ্বারা আকৃষ্ট হইলে জরায়ুগহ্বরের অভ্যন্তরে সেইরূপ শূন্যতা সম্পাদন করিয়া শোষণ ক্রিয়া উৎপাদিত করিয়া থাকে। তাহাতে জরায়ু-প্রাচীর হইতে শোণিত নিঃস্রাব বৃদ্ধি পায়। কিন্তু স্বাভাবিক প্রণালীতে ফুল নির্গত হইলে নির্গমনকালে তাহা জরায়ুমুখ আবদ্ধ করিয়া নির্গত হয় না; এবং তাহাতে জরায়ুর গহ্বরাভ্যন্তরে শোষণক্রিয়া উৎপাদিত না হওয়ায় শোণিতনিঃস্রব বৃদ্ধি পায় না।

সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার পর আধ ঘণ্টার মধ্যেই অনেক স্থলে ফুল নির্গত [illegible] হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে জরায়ু এত [illegible] সঙ্কুচিত হইতে থাকে যে, দ্বিতীয় ক্রমের পরক্ষণেই তৃতীয় ক্রম সমাপ্ত হইতে দেখা

যায়। কিন্তু সচরাচর শিশুনির্গমনের পর জরায়ু অব্যথ ভাবে ফুলের উপর কুঞ্চিত হইতে থাকে ; তাহাতে জরায়ুর আয়তন পূর্ব্বাপেক্ষা কমিয়া আইসে। এইরূপে ১০।১৫ মিনিট অতিবাহিত হয় ; তাহার পর জরায়ুর সঙ্কোচন আবার প্রকৃত প্রসববেদনাভাবাপন্ন হইয়া ফুল বহির্নিঃসারিত করিয়া দেয়। জরায়ু-সঙ্কোচনে ফুল সম্যক্ নিঃসারিত না হইয়া কখন কখন যোনিমধ্যে থাকিয়া যায় ; তাহাতে যোনি সঙ্কুচিত হইতে থাকে এবং বেদনা কুন্থন ভাবাপন্ন হইয়া পড়ে। যোনির সঙ্কোচনজনিত নিঃসারক-বল অল্প ; এইজন্য কেবল তাহার দ্বারাই ফুল নিঃসারিত হইতে অনেক সময় লাগে ; তৎকালে যোনিমধ্যে হস্ত প্রবেশিত করিয়া ফুল নিঃসারিত করা কর্ত্তব্য।

আফটার পেনস্ বা উত্তর বেদনা।—প্রসবান্তে জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত হইলে ইহা একটী ক্রিকেট বল্কের আকার ধারণ করে। পরে ইহা অল্প অল্প সঙ্কুচিত ও বিস্ফারিত হইতে থাকে। জরায়ুর এই সঙ্কোচন বেদনাকর নহে। কিন্তু অনেক স্থলে জরায়ু মধ্যে মধ্যে সবেদনে সঙ্কুচিত হইয়া থাকে। প্রসবান্তে জরায়ুর এই বেদনাকর সঙ্কোচনকে ইংরাজিতে "আফটার পেন্স্" বা উত্তর বেদনা বলা যায়। চলিত ভাষায় ইহাকে হেতাল বা হেদাল ব্যথা বলে। জরায়ুর অভ্যন্তরে রক্তের চাপ থাকিলে তাহার উত্তেজনায় এই সঙ্কোচন সমুদ্ভূত হয় এবং তাহার নিঃসরণে ইহা অপগত হইয়া যায়। জরায়ুর অভ্যন্তরে প্ল্যাসেণ্টার অথবা মেম্ব্রেণের অবশেষ থাকিলেও উত্তর বেদনা হয়। স্নায়বিক কারণেও উত্তর বেদনা উদ্ভূত হইয়া প্রসূতিকে নিপীড়িত করিতে পারে। কিন্তু এরূপ নিউরেলজিক প্রকৃতির উত্তরবেদনা অতি বিরল। অনেকের উত্তর বেদনা প্রসবের কয়েক ঘণ্টা পরেই নিবৃত্ত হইয়া থাকে। আবার কাহাকে কাহাকে এক দিবস বা দুই দিবস ধরিয়া ইহাতে নিপীড়িত হইতে দেখা যায়। প্রথম-প্রসবিনী অপেক্ষা বহুপ্রসবিনী এই বেদনায় অধিক নিপীড়িত হইয়া থাকেন। উত্তর বেদনার কার্য্যফল মঙ্গলকর ; এজন্য উত্তর বেদনা সামান্য হইলে তাহার নিবারণ আবশ্যক বলিয়া বোধ হয় না ; কিন্তু প্রবল হইলে চিকিৎসা দ্বারা তাহা নিবারিত করা আবশ্যক।

প্রসবের ভোগকাল।—প্রসবের ভোগকাল অনেক পরিমাণে নিঃসারক-বল, নিঃসারণ-পথের অবস্থা ও ভ্রূণের স্থিতির উপর নির্ভর করে।

এই তিনটী অবস্থার উপযুক্ত সম্বন্ধ থাকিলে প্রসব প্রায়ই দীর্ঘকালস্থায়ী হয় না। স্বাভাবিক প্রসবকার্য্য ২৪ ঘণ্টার মধ্যে সমাপ্ত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে ইহা অল্প সময়ের মধ্যে, এমন কি দুই এক ঘণ্টার মধ্যেই সম্পন্ন হইয়া যায়।

ডাক্তার প্লেফেয়ার বলেন প্রসবকার্য্য গড়ে ৮।১০ ঘণ্টার ভিতর সমাপ্ত হইয়া থাকে। প্রথম গর্ভিণীদের প্রসবপথ স্বভাবতঃ দৃঢ়; এইজন্য তাহা সহজে বিস্ফারিত হয় না এবং প্রসবের বিঘ্ন উৎপাদিত করিতে পারে। কিন্তু যাঁহারা অনেকবার প্রসব করিয়াছেন, তাঁহাদের প্রসবপথ ক্রমে শিথিল হইয়া আইসে। এইজন্য প্রথম গর্ভিণীদিগের অপেক্ষা বহুপ্রসবিনীদিগের প্রসবকার্য্য অনেক স্থলে অল্প সময়ে সম্পন্ন হইয়া থাকে। প্রথম গর্ভ অধিক বয়সে হইলে প্রসবপথের দৃঢ়তাজনিত বাধা অধিক হইবার সম্ভাবনা। সেইরূপ বহুকাল অন্তর গর্ভ হইলে প্রসব সময়ের দীর্ঘতা প্রথম গর্ভিণীদের ন্যায় হইতে পারে। কিন্তু অতিশয় অধিক বয়সে প্রথম গর্ভ হইলে প্রসবপথ স্বভাবতঃ শিথিল হইয়া আসাতে প্রসবের এইরূপ অবরোধ উৎপাদিত হয় না। প্রসবপথের এইরূপ অবস্থা চল্লিশ বৎসর বয়সের পর হইতে দেখা যায়। এইজন্য প্রথম গর্ভ চল্লিশ বৎসরের পর হইলে, প্রসবকার্য্যে প্রথম গর্ভিণীদিগের ন্যায় অধিক সময় লাগে না।

দেহের সাধারণ অবস্থার উপর প্রসবের ভোগকাল অনেক পরিমাণে নির্ভর করে। যাঁহারা অধিক মাংসল ও স্থূলকায়, তাঁহাদের প্রসবপথের মাংসলতা প্রযুক্ত অবরোধ উৎপাদিত হওয়াতে প্রসবকার্য্যে সম্ভবতঃ অধিক সময় লাগে; কিন্তু যাঁহারা তত স্থূল নহেন, অথচ বলিষ্ঠ, তাঁহাদের প্রসবে বেশি সময় না লাগিবার সম্ভাবনা। প্রসবের ভোগকাল, অভ্যাস, বৃত্তি ও আহার বিহারের উপরও নির্ভর করে। যে সকল মহিলাগণ ভোগবিলাসে ও নিস্তেজকর আমোদ প্রমোদে কালযাপন করেন, সচরাচর তাঁহাদিগের প্রসবকার্য্যে অধিক বিশৃঙ্খল ঘটিতে দেখা যায়। মধ্যবিৎ অবস্থার স্ত্রীলোকদিগের সেরূপ বিপর্য্যয় অতি বিরল। যাঁহারা স্বভাবতঃ বলিষ্ঠ ও কর্ম্মিষ্ঠ, তাঁহাদের প্রসব প্রায়ই অপেক্ষাকৃত অল্প সময়ে সম্পন্ন হইয়া থাকে।

প্রসবের ভোগকালের বৃদ্ধির সহিত গর্ভিণী ও শিশুর বিপদ বৃদ্ধি পাইবার সম্ভাবনা। প্রসবের দ্বিতীয় ষ্টেজ্ বা ক্রম দীর্ঘ হইয়া পড়িলে যত বিপদের আশঙ্কা, প্রথম ক্রমের বৃদ্ধিতে তত নহে। প্রথম ক্রমে জলথালী অক্ষুণ্ণ

থাকাতে লাইকার এমনিয়ম দ্বারা জরায়ু, প্রসবপথ ও ভ্রূণ অনিষ্টকর চাপ হইতে সংরক্ষিত হইয়া থাকে ; কিন্তু দ্বিতীয় ক্রমে সেরূপ নহে। এই ক্রমে জলথালী ছিঁড়িয়া যায়, এবং আনুষঙ্গিক প্রসব-বলের সাহায্যে জরায়ু অধিক বল সহকারে সঙ্কুচিত হওয়াতে ভ্রূণের উপর দৃঢ় চাপ প্রদত্ত হয় এবং পাস্নিপ্রবিক শোণিত সঞ্চালনেরও ব্যতিক্রম ঘটে ; সেই সঙ্গে ভ্রূণের মস্তক নামিয়া আসাতে প্রসব-পথের উপর ইহা ক্রমাগত চাপিতে থাকে ;—দ্বিতীয় ক্রম বিলম্বিত হইলে এই সকল কারণে মাতা ও গর্ভস্থ ভ্রূণ উভয়েরই অধিক বিপদ হইবার সম্ভাবনা। ভিন্ন ভিন্ন সন্দর্শকগণ প্রসবের প্রথম ও দ্বিতীয় ক্রমের স্থিতিকালের অনুপাত স্থির করিতে চেষ্টা করিয়াছেন। কাজো বলেন, তাহা ২:১, জুলিয়নের মতে ৪ বা ৫:১, প্লেফেয়ার বলেন কাজোর অনুপাত সম্ভবতঃ ন্যূনকল্প ; তিনি জুলিয়নের সন্দর্শন যথার্থের অনেক সমীপ বলিয়া স্থির করিয়াছেন। প্রায়ই দেখিতে পাওয়া যায় যে, প্রথম ক্রমের সমাপ্তিতে সচরাচর যত সময় লাগে, দ্বিতীয় ক্রম তাহা অপেক্ষা অনেক সত্বর সমাপ্ত হইয়া থাকে।

স্বাভাবিক প্রসব সম্বন্ধে এই স্থলে আরও কয়েকটী কথা বলা যাইতেছে। পূর্ব্বে লিখিত হইয়াছে যে,স্বাভাবিক প্রসবে শিশুর মস্তক নিম্নভাবে থাকে; কেবল প্রকৃতির উদ্যমেই নিরাপদে প্রসব সম্পন্ন হয় ; এবং তাহার ভোগকাল ২৪ ঘণ্টা অতিক্রম করে না। প্রসবকার্য্য এই ২৪ ঘণ্টার মধ্যে যথানিয়মে সম্পন্ন হইলে প্রথম, দ্বিতীয় ও তৃতীয় ক্রমের সহিত পরস্পরের একটী অনুপাত দৃষ্ট হইয়া থাকে ; প্রথম ক্রমে যে সময় লাগে, দ্বিতীয় ক্রমে তাহা অপেক্ষা কম, তৃতীয়ে তদপেক্ষাও কম। যে পরিমাণে এই অনুপাতের ব্যতিক্রম হয়, সেই পরিমাণে প্রসবকে অস্বাভাবিক বলা যাইতে পারে। কিন্তু এইরূপ ব্যতিক্রম হইয়াও ২৪ ঘণ্টার মধ্যে প্রসবকার্য্য নিরাপদে সমাপ্ত হইলে তাহাও স্বাভাবিক প্রসব নামে অভিহিত হইয়া থাকে।

দ্বাদশ অধ্যায়।

শিরঃ-প্রাগবতরণে প্রসব-কৌশল।

যে কৌশলে ভ্রূণ জরায়ু হইতে প্রসবপথ দিয়া বহির্নিঃসৃত হয়, তাহা অতি বিচিত্র। স্বাভাবিক প্রসবে ভ্রূণের মস্তক নিম্নভাগে থাকে। ভ্রূণের মস্তক প্রসবপথে অগ্রসর হইতে পারিলে, ইহার দেহও তৎসঙ্গে সহজে চালিত হয়। ভ্রূণের মস্তক স্বভাবতঃ যে প্রণালীতে প্রসবপথে সঞ্চালিত হইয়া থাকে, তদ্বিষয়ে চিকিৎসক মাত্রেরই সম্যক্ জ্ঞান থাকা আবশ্যক, নতুবা প্রসবকালে সাহায্য আবশ্যক হইলে, চিকিৎসক তাহা বিহিতরূপে প্রদান করিতে পারেন না। প্রসব-কৌশল বুঝিবার জন্য প্রাগবতরণ ও আসন—এই দুইটী শব্দ কি অর্থে প্রয়োজিত হইয়া থাকে, তাহা জানা আবশ্যক। প্রসবের প্রারম্ভে ভ্রূণের যে অংশ প্রসবপথে সর্ব্বপ্রথম ন্যস্ত বা প্রবিষ্ট হইয়া থাকে, তাহাকে "প্রেজেণ্টেশন" বা প্রাগবতরণ কহে। এইরূপে মস্তক সর্ব্বনিম্নে থাকিলে হেড্ প্রেজেণ্টেশন বা শিরঃপ্রাগবতরণ এবং বস্তি সর্ব্বনিম্নে থাকিলে ব্রিচ্ প্রেজেণ্টেশন বা বস্তিপ্রাগবতরণ বলা যায়। মাতার বস্তিদেশের সহিত ভ্রূণের প্রাগবতীর্ণ অংশের যে সম্বন্ধ, তাহাকে ইহার 'পোজিশন' বা আসন কহে। যেমন শিরঃপ্রাগবতরণে প্রথম বা বাম অক্‌সিপিটো কটিলয়েড আসন।

মস্তকের প্রাগবতরণ হইলে সচরাচর ইহা বস্তিতটের তির্য্যক্ ব্যাসদ্বয়ের কোন একটীর সমান্তর ভাবে ব্রিম বা বস্তিতটে প্রবেশ করে। তৎকালে ইহার অক্‌সিপট মাতার সম্মুখ অথবা পশ্চাৎ—এতদুভয়ের একদিকে অবস্থিত থাকে। এইজন্য শিরঃপ্রাগবতরণে সচরাচর চারিটি পোজিশন বা আসন নির্দ্দিষ্ট হইয়া থাকে।

প্রথম বা বাম অক্‌সিপিটো কটিলয়েড পোজিশন। ইহাতে অক্‌সিপট বাম ফোরেমেন ওভেলির দিকে, সিন্‌সিপট দক্ষিণ সেক্রো ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রো-

সিসের দিকে এবং মস্তকের দীর্ঘ ব্যাস বস্তিতটের দক্ষিণ তির্য্যক্ ব্যাসের সমান্তর ভাবে অবস্থিত থাকে।

দ্বিতীয় বা দক্ষিণ অকৃসিপিটো কটিলয়েড পোজিশন। ইহাতে অকৃসিপট দক্ষিণ ফোরেমেন ওভেলির দিকে, মস্তকের পুরোভাগ বাম সেক্রো ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে এবং মস্তকের দীর্ঘ ব্যাস বস্তিতটের বাম তির্য্যক্ ব্যাসের সমান্তব ভাবে সংস্থিত থাকে।

তৃতীয় বা দক্ষিণ অকৃসিপিটো সেক্রো-ইলিয়াক পোজিশন। এই আসন প্রথম আসনেব বিপরীত। ইহাতে অকৃসিপট দক্ষিণ সেক্রো ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রো-সিসের দিকে, মস্তকের পুরোভাগ বাম ফোরেমেন ওভেলির দিকে এবং মস্তকের দীর্ঘ ব্যাস বস্তিতটেব দক্ষিণ তির্য্যক্ ব্যাসেব সমান্তব ভাবে অবস্থিত থাকে।

চতুর্থ বা বাম অকৃসিপিটো সেক্রো-ইলিয়াক পোজিশন। এই আসন দ্বিতীয় আসনের বিপবীত। এই আসনে অকৃসিপট বাম সেক্রো-ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে, মস্তকের পুরোভাগ দক্ষিণ ফোবেমেন ওভেলিব দিকে এবং মস্তকের দীর্ঘ ব্যাস বস্তিতটেব বাম তির্য্যক্ ব্যাসের সমান্তর ভাবে সংস্থিত থাকে।

পূর্ব্বে বলা হইয়াছে যে, অস্থিময় বস্তিব ইন্লেট্ বা প্রবেশ-দ্বারের দক্ষিণ তির্য্যক্ ব্যাস, বামটি অপেক্ষা কিছু বড়। এতদ্ব্যতীত কোমল টিসুসংযুক্ত বস্তির বাম ভাগে বেকৃটম থাকাতে বাম তির্য্যক্ ব্যাসটি দক্ষিণ তির্য্যক্ ব্যাস অপেক্ষা আরও ছোট হইয়া থাকে। এই বৃহত্তব দক্ষিণ ব্যাসেই শিশুর আসন অনেক স্থলে অবস্থিত থাকে। প্রথম ও তৃতীয় আসন এই বৃহত্তর ব্যাসেই সংস্থিত। সন্দর্শন দ্বারা স্থিবীকৃত হইয়াছে যে, প্রতি শত প্রসবের ৯৫টিতে মস্তকের প্রাগবতরণ হইয়া থাকে, তন্মধ্যে প্রথম আসনেই ভ্রূণের মস্তক অনেক স্থলে সংস্থিত থাকে; তাহার পর তৃতীয় আসনে, তৎপবে দ্বিতীয় ও চতুর্থ আসনে। ডাক্তাব লিস্ম্যান এ সম্বন্ধে যে গড় ক্রমানুপাত স্থির করিয়াছেন, এ স্থলে তাহা সন্নিবেশিত হইল;—

১ম আসন।	২য় আসন।	৩য় আসন।	৪র্থ আসন।
৬৭.০৩	৯.৫২	২০.৯২	২.৫২

সচরাচর দক্ষিণ তির্য্যক্ ব্যাসে শিশুর আসন সংস্থিত হইবার কারণ নির্দ্দেশে অনেকে অনেক প্রকাব মত প্রকাশ কবিয়াছেন। বামদিকে রেকৃটম থাকাতে

বাম তির্য্যক্ ব্যাসটি দক্ষিণ তির্য্যক্ ব্যাস অপেক্ষা ছোট হইয়া থাকে। সিম্‌সন বলেন, এইজন্য শিশুর আসন প্রায়ই দক্ষিণ তির্য্যক্ ব্যাসে সংস্থিত দেখা যায়। কিন্তু ডান্‌কান্ প্রভৃতি সন্দর্শকগণ নির্দ্দেশ করেন যে, মাতা যখন দাঁড়াইয়া থাকেন, তখন মাধ্যাকর্ষণ হেতু ভ্রূণের পৃষ্ঠদেশ তাঁহার বাম ও সম্মুখ দিকে প্রক্ষিপ্ত হয় এবং যখন শয়িত থাকেন, তখন তাহা দক্ষিণ ও পশ্চাদ্‌ভাগে চালিত হইয়া থাকে; এইজন্য ভ্রূণ অনেকস্থলে প্রথম অথবা তৃতীয় আসনে সংস্থিত হইয়া থাকে। শিশু কি কৌশলে বহির্নিঃসারিত হয়, তাহা সুচারু-রূপে বুঝিবার জন্য ভ্রূণমস্তক ও বস্তিগহ্বরের ব্যাস সমূহে সম্যক্ জ্ঞান থাকা আবশ্যক। অস্থিময় বস্তির ব্যাসগুলি পর্য্যবেক্ষণ করিয়া দেখিলে স্পষ্ট প্রতীতি হইবে যে, বস্তিতটের বা প্রবেশ দ্বারের অনুপ্রস্থ ব্যাসটী সর্ব্বাপেক্ষা বৃহৎ; তন্নিম্নে তির্য্যক্ ব্যাস; সর্ব্বনিম্নে সম্মুখ-পশ্চাৎ ব্যাস। গহ্বরের ব্যাসগুলি প্রায় সমান; তবে তির্য্যক্ ব্যাস অনুপ্রস্থ ও সম্মুখ-পশ্চাৎ ব্যাস অপেক্ষা কিছু বড়। নির্গমদ্বারের সম্মুখ-পশ্চাৎ ব্যাস প্রবেশদ্বারের ও গহ্বরের তির্য্যক্ ব্যাসের সমান; কিন্তু প্রসব-কালে অভ্যন্তরীণ চাপে ককৃসিকৃস পশ্চাদ্ভাগে চালিত হওয়াতে এই ব্যাসটী কিঞ্চিৎ বাড়িয়া থাকে। ভ্রূণ কতকগুলি নির্দ্দিষ্ট গতির বশবর্ত্তী হইয়া প্রসব-পথে চালিত হয়। এই গতিতে ভ্রূণমস্তক বস্তিগহ্বরে প্রবেশকালে ইন্‌লেট বা প্রবেশদ্বারের একটী তির্য্যক্ ব্যাসে সংস্থিত থাকে, পরে বস্তিগহ্বরের ভিতর দিয়া চালিত হইয়া নির্গমনকালে আউটলেট বা নির্গমনদ্বারের সম্মুখ-পশ্চাৎ ব্যাসে আসিয়া পড়ে। ভ্রূণ যে গতিতে চালিত হইয়া বহির্নিঃসারিত হয় সেই গতি বা "মুভ্‌মেণ্টকে" অনেকে পাঁচভাগে বিভক্ত করিয়া থাকেন; যথা, "ফ্লেক্‌শন" বা আনমন; "ডিসেণ্ট" বা অব-তরণ; "রোটেশন" বা আবর্ত্তন; "এক্‌ষ্টেন্‌শন্" বা বিস্তারণ ও "এক্‌ষ্টার্ন্যাল রোটেশন" বা বহিরাবর্ত্তন। ডাক্তার প্লেফেয়ার ইহাতে "লেভেলিং অর এড্‌জষ্টিং" বা সমতলন অথবা সমাধান নামে আর একটী গতি সংযোগ করিয়া-ছেন। এই পুস্তকে প্লেফেয়ারের গতিবিভাগই অবলম্বিত হইল। এই শেষোক্ত গতিটী অবতরণের সঙ্গে সঙ্গে এককালেই সংসাধিত হইয়া থাকে। এই সমস্ত গতি সকল আসনেই প্রায়ই একরূপ। একটী বিশেষরূপে বর্ণিত হইলে অন্যগুলি সহজে বুঝিতে পারা যায়। এইজন্য কেবল প্রথম পোজি-

শনের প্রসব-কৌশল সম্যক্‌রূপে বর্ণিত হইল। শিশু তৃতীয় পোজিশনে থাকিলে নির্গমনকালে দ্বিতীয় পোজিশনে, এবং চতুর্থ পোজিশনে থাকিলে প্রথম পোজিশনে আসিয়া পড়ে। পোজিশনের এই সকল পরিবর্ত্তন কিরূপে সাধিত হয়, তৃতীয় ও চতুর্থ আসনের প্রসব-কৌশল বর্ণনকালে তাহা বিশেষ-রূপে লিখিত হইবে।

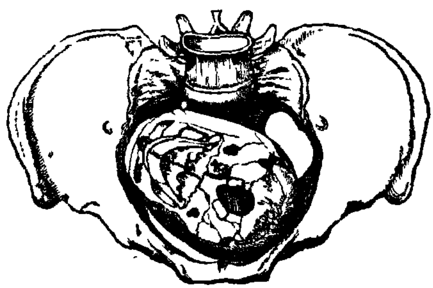
প্রথম আসন।

এই আসন বাম অক্‌সিপিটো কটিলয়েড পোজিশন বা আসন নামে আখ্যাত হইয়া থাকে। ইহাতে অক্‌সিপট বাম ফোবেমেন ওভেলির দিকে, সিঙ্কিপট দক্ষিণ সেক্রো ইলিয়াক সিকণ্ড্রোসিসেব দিকে এবং মস্তকের দীর্ঘ ব্যাস বস্তি-তটের দক্ষিণ তির্য্যক্ ব্যাসেব সমান্তব ভাবে সংস্থিত থাকে।

নির্ণয়।—জরায়ু স্বভাবতঃ ঊর্দ্ধাধোভাবে যেরূপ আয়ত থাকে শিরঃ-প্রাগবতরণে তাহাব ব্যতিক্রম হয় না;—ইহার দ্রাঘিষ্ঠ আয়তন ঊর্দ্ধাধো ভাবেই দৃষ্ট হয়। প্রথম আসনে মস্তকেব পশ্চাদ্ভাগ মাতাব বাম ইলিও-পেক্টিনিয়্যাল উৎসেধেব দিকে থাকাতে ভ্রূণদেহের পশ্চাদ্ভাগও তাঁহার সম্মুখ ও বাম ভাগে আসিয়া পড়ে এবং ইহাব হস্তপদাদি দক্ষিণ ও পশ্চাদ্ভাগে ন্যস্ত হইয়া থাকে। এইরূপ অবস্থায় জরায়ুর উপর "পার্কাশন" দ্বারা পরীক্ষা করিলে দক্ষিণ দিক অপেক্ষা বাম দিক প্রায়ই অধিক "ডাল" বা নিরেট বলিয়া বোধ হয়। তৎকালে এব্‌ডোমেন-প্রাচীব দিয়া করকৌশলে সতর্কতা সহকারে পরীক্ষা করিলে শিশুর দেহেব অংশ সমুদায় স্পষ্টরূপে অনুভূত হইতে পারে। এব্‌ডোমেন প্রাচীর শিথিল থাকিলে অথবা ইহাতে অধিক বসা বা চর্ব্বি না থাকিলে, এই পরীক্ষা সুচারুরূপে সাধিত হইতে পারে। বাহ্য পরীক্ষায় শিশুর গোলাকার ও কঠিন মস্তক কোন কোন স্থলে জরায়ুব নিম্নভাগে স্পষ্ট অনুভূত হইয়া থাকে। এব্‌ডোমেন-প্রাচীর দ্বারা জরায়ুব ঊর্দ্ধ প্রদেশেব উপর অঙ্গুলি স্থিরভাবে চালিত করিলে শিশুর গোল বস্তিদেশ স্পষ্ট অনুভূত হইতে পারে; ইহাতে বস্তিকে মস্তক বলিয়া ভ্রম হইবাব সম্ভাবনা। কিন্তু বস্তিদেশ অপেক্ষা মস্তক অধিক কঠিন এবং ইহার গোলাকার ভাব অধিকতর স্পষ্ট। শিশুব পৃষ্ঠদেশ মাতার সম্মুখ ও বাম-

দিকে থাকাতে ইহা জরায়ু-প্রাচীরের যে স্থলের নিকট অবস্থিত, তথায় শিশুর হৃৎপিণ্ডের শব্দ সজোরে শুনিতে পাওয়া যায়। এই জন্য প্রথমাসনে মাতার নাভির নিম্নে ও বামদিকে শিশুর হৃৎপিণ্ডের শব্দ শ্রুত হইয়া থাকে। নাভি হইতে বাম ইলিয়াক অস্থির "এণ্টিরিয়র সুপিরিয়র স্পাইনাস্ প্রোসেস্" পর্য্যন্ত একটী রেখা টানিলে, অনেক সময় সেই রেখার ঠিক মধ্যস্থলে শিশুর হৃৎপিণ্ডের শব্দ অধিক জোরে শুনিতে পাওয়া যায়।

১৫শ চিত্র।



প্রথম আসনে ভ্রূণ-মস্তকের সংস্থিতি ; মস্তক বস্তিগহ্বরে প্রবেশ করিতেছে।

প্রসবকালে ভ্রূণের মস্তক যতক্ষণ না কিয়ৎপরিমাণে নামিয়া আইসে, ততক্ষণ অভ্যন্তরীণ পরীক্ষাদ্বারা "সুচার্স ও ফন্টিনেলিস্" সমুদায় স্পষ্টরূপে বুঝিতে পারা যায় না ; কিন্তু মস্তক কিয়ৎপরিমাণে নামিয়া না আসিলেও জরায়ুর যৌন অংশ দ্বারা মস্তকের কঠিন গোলাকার ভাব স্পষ্ট অনুভূত হয়। শিশুর মস্তক কিয়ৎ পরিমাণে নামিয়া আসিলে এবং জরায়ুমুখ কিয়দংশ বিস্ফারিত হইলে সুচার্স ও ফন্টিনেলিস অঙ্গুলি দ্বারা স্পষ্টরূপে অনুভূত হইয়া থাকে। তখন বেশ বুঝিতে পারা যায় যে, "সেজিট্যাল সুচার" পশ্চাৎ ও দক্ষিণভাগ হইতে সম্মুখ ও বামদিকে তির্য্যক্‌ভাবে সংস্থিত। এই "সুচারের উপর দিয়া অঙ্গুলি সম্মুখভাগে চালিত করিলে তাহা ত্রিকোণ বিশিষ্ট "পোষ্টিরিয়র ফন্টিনেলির" উপর আসিয়া পড়ে এবং পশ্চাদ্ভাগে চালিত করিলে চতুষ্কোণ ও বৃহত্তর সম্মুখ ফন্টিনেলিতে আসিয়া স্পৃষ্ট হয়।

১। ফ্লেক্‌শন বা আনমন।—এইটী প্রথম গতি। নিঃসারক-বল ভ্রূণকে অগ্রসর করিবার চেষ্টা করিলে এই গতি দ্বারা ভ্রূণমস্তক সম্মুখদিকে আনত হইয়া পড়ে। "ফোরেমেন মেগনাম্" স্কালের ঠিক মধ্যে না হইয়া তাহার কিঞ্চিৎ পশ্চাতে নিহিত; এইজন্য এইস্থল হইতে মস্তকের অক্‌সিপট অপেক্ষা সিন্সিপট দূরতর। যখন জরায়ুর সঙ্কোচনবল মেরুদণ্ড দ্বারা মস্তকোপরি ন্যস্ত হয় এবং নিম্নের প্রতিরোধ মস্তকের চতুর্দ্দিকে সমানভাবে কার্য্য করিতে থাকে, তখন এই দুইটী শক্তি পরস্পরের বিরুদ্ধে কার্য্য করাতে দূরস্থিত সিন্সিপট নিকটস্থ অক্‌সিপট অপেক্ষা উর্দ্ধে চালিত হইয়া থাকে, তাহাতে চিবুক বক্ষঃস্থলের নিকটবর্ত্তী হইয়া ষ্টার্ণামে সংসক্ত হইয়া পড়ে, এবং অক্‌সিপট বা মস্তকের পশ্চাদ্ভাগ নামিয়া আইসে। ইহাকেই "ফ্লক্‌শন" বা আনমন কহে। এই গতি আরম্ভ হইবার পূর্ব্বে ভ্রূণের "অক্‌সিপিটো ফ্রণ্ট্যাল" ব্যাস বস্তিতটের সহিত সমান্তর ভাবে থাকে, কিন্তু এই গতি সম্পাদিত হইলে এই ব্যাসের পরিবর্ত্তে "অক্‌সিপিটো ব্রেগমেটিক" ব্যাস আসিয়া পড়ে, অক্‌সিপিটো ফ্রণ্ট্যাল ব্যাসের পরিমাণ ৪¾ ইঞ্চ কিন্তু অক্‌সিপিটো ব্রেগমেটিক ব্যাসের পরিমাণ ৩¾ ইঞ্চ; এইরূপে বড় ব্যাসটির পরিবর্ত্তে ছোট ব্যাসটি আসিয়া পড়াতে ভ্রূণমস্তক বহির্নিঃসরণে সুবিধা হইয়া থাকে। বস্তিগহ্বর ক্ষুদ্রায়তন, অথবা বিকৃত হইলে এই গতির পূর্ণ ক্রিয়া সাধিত হয়, কিন্তু তাহা প্রশস্ত হইলে মস্তক অগ্রসরণে অধিক প্রতিরোধ না পাওয়াতে সেরূপ না হইতে পারে।

২। ৩। "ডিসেণ্ট" বা অবতরণ ও "লেভ্‌লিং" বা সমতলন।—ডাক্তার প্লেফেয়ারের বিভাগানুসারে এই দুইটী গতি একত্রে বর্ণিত হইল। ভ্রূণমস্তকের আনমন হইয়াই, অথবা আনমন হইতে হইতেই মাথা বস্তিগহ্বরে নামিতে থাকে,—এই নামিয়া আসাকে "ডিসেণ্ট" বা অবতরণ বলা যায়। জরায়ুমুখ সম্যক্ বিস্ফারিত না হইলে এই গতি পূর্ণভাবে হইতে পারে না। ভ্রূণমস্তক বস্তিগহ্বরে কিয়দ্দূর নামিয়া আসিলে সমতলন গতি আরম্ভ হয়। ডাক্তার প্লেফেয়ার এই গতি যেরূপ বর্ণন করিয়াছেন, এস্থলে তাহাই অবলম্বিত হইল। যখন শিশুর "অক্‌সিপট" মাতার ফোরেমেন ওভেলির নিম্নদেশে এবং সিন্সিপট সেক্রমের দ্বিতীয় অস্থির সম্মুখে নামিয়া

আইসে, তথনই সমতলন আবস্ত হয়। এই সময়ে "এণ্টিরিয়র ফণ্টিনেলি" নামিয়া আসিয়া "পোষ্টিরিয়র ফণ্টিনেলির" প্রায় সমতলে আইসে; তথন মস্তক অধিক অবনতভাবে থাকে না, চিবুক ষ্টার্ণাম হইতে কিঞ্চিৎ দূর হইয়া পড়ে এবং মস্তকের পুরোভাগ নামিয়া আসাতে এণ্টিরিয়র ফণ্টিনেলি সহজে স্পর্শ করিতে পারা যায়। মস্তক কিঞ্চিৎ নামিয়া আসিলে ইহার পশ্চাদ্ভাগে বস্তি-গহ্বরের সম্মুখদেশে অধিক প্রতিরোধ পাওয়াতে এই গতি ঘটিয়া থাকে। সেইরূপ বামভাগে প্রতিরোধ পাওয়াতে মস্তকের দক্ষিণ ভাগ বাম ভাগ অপেক্ষা কিঞ্চিৎ নামিয়া আইসে, তাহাতে মস্তক দক্ষিণ স্কন্ধের দিকে একটু হেলিয়া পড়ে এবং দক্ষিণ প্যারাইটাল অস্থি বাম প্যারাইট্যাল অস্থি অপেক্ষা কিঞ্চিৎ নিম্নস্থ হয়। ডাক্তার কুনিক ভ্রূণমস্তকের এইরূপ পার্শ্বভাবে হেলিয়া পড়া স্বীকার করেন না, তিনি বলেন, ভ্রূণমস্তক "ব্রিম" হইতে যে ভাবে নামিতে আরম্ভ করে, সেই ভাবেই বস্তিগহ্বর দিয়া বহির্নিঃসারিত হইয়া যায়;—প্যারাই-ট্যাল অস্থিদ্বয় এরূপ সমতলে থাকে যে, বস্তির অনুপ্রস্থ ও সম্মুখ-পশ্চাৎ ব্যাস-দ্বয়ের সন্ধিস্থলের উপর দিয়া সমান্তরভাবে "সেজিটাল সুচার" বরাবর চালিত হয়। অনেকে কুনিকের এই মত ভুল বলিয়া থাকেন।

৪। **"রোটেশন" বা আবর্ত্তন।**—ভ্রূণমস্তক ব্রিমের তির্য্যক্ ব্যাসে প্রবিষ্ট হইয়া বস্তিগহ্বরের তির্য্যক্ ব্যাস দিয়া নামিতে থাকে; পরে আবর্ত্তন ক্রিয়া দ্বারা বহির্দ্বারের সম্মুখপশ্চাৎ ব্যাসে আসিয়া পড়ে। বহির্দ্বা-রের ব্যাসগুলির মধ্যে এই ব্যাসটী সর্ব্বাপেক্ষা বড়। প্রসবকালে অভ্যন্তরীণ চাপে কক্‌সিক্‌স পশ্চাৎভাগে চালিত হওয়াতে ইহা ১ ইঞ্চ, কখন কখন তদ-পেক্ষা অধিক পরিমাণেও বাড়িয়া থাকে। ভ্রূণমস্তক ইস্কিয়মের স্পাইনের নিকট নামিয়া আসিলে আবর্ত্তন ক্রিয়া আরম্ভ হয়। পূর্ব্বে লিখিত হইয়াছে, ইস্কিয়মের স্পাইন হইতে ইলিওপেক্টিনিয়াল উৎসেধ পর্য্যন্ত একটী রেখা টানিলে ইস্কিয়ম অস্থির অভ্যন্তর প্রদেশকে দুইটী আনত প্লেন বা সমতলে বিভক্ত করা হয়; এই দুইটী প্লেনের মধ্যে যেটী এই রেখার সম্মুখবর্ত্তী, সেটী ইস্কিয়মের শাখার উপর দিয়া পিউবিসের দিকে প্রসারিত থাকে। এই রেখার পশ্চাদ্বর্ত্তী সমতলটী স্যাক্রাটিক বন্ধনী দিয়া সেক্রমের দিকে প্রবণ হইয়া পড়ে। এতদ্ব্যতীত স্পাইনদ্বয় দুই পার্শ্বে থাকাতে বস্তিগহ্বরের প্রসর এই স্থলে কমিয়া আইসে।

যখন জরায়ু সঙ্কুচিত হইয়া আধেয়কে অগ্রসর করিতে থাকে, অকৃসিপট বাম স্প্যাইনস প্রোসেস দ্বারা প্রতিরুদ্ধ হওয়াতে পশ্চাতে যাইতে পায় না; ইস্কিয়মের সম্মুখ প্লেনের উপর দিয়া সম্মুখভাগে অগ্রসর হইয়া আইসে। তৎকালে ভ্রূণের ললাটদেশ বিপরীত দিকের স্পাইনের পশ্চাতে থাকাতে, মাতার সম্মুখ ভাগে ঘুরিয়া আসিতে পারে না, সেক্রো সায়াটিক বন্ধনীর উপর দিয়া সেক্রমের উপর গিয়া পড়ে। সম্ভবতঃ কেবল স্পাইন ও এই সমতলদ্বয় দ্বারাই এই আবর্ত্তন ক্রিয়া সাধিত হয় না; অন্যান্য কারণও এই গতির উৎপাদনে সহায়তা করে। জর্ম্মণ ধাত্রী-বিদ্যাবিৎ পণ্ডিতেরা অনেকে বিশ্বাস করেন না যে, ইস্কিয়মের প্লেন ও স্পাইন দ্বারা বিবর্ত্তনক্রিয়া সম্পাদিত হয়; তাঁহারা বলেন ভ্রূণমস্তক বস্তির অভ্যন্তর অপেক্ষা পশ্চাৎ প্রাচীরে ও পেরিনিয়মে অধিক বাধা পাওয়াতে বিবর্ত্তনক্রিয়া সমুৎপাদিত হইয়া থাকে। মস্তকের যে অংশটী সর্ব্বাগ্রে প্রতিরুদ্ধ হয়, সেইটীই সম্মুখে আসিয়া পড়ে। "পোষ্টিরিয়র কণ্টিনেলি" অনেক স্থলে সর্ব্বাগ্রে নামিয়া আইসে, এইজন্য এই স্থল সঞ্চাপিত হইয়া সম্মুখভাগে আনীত

১৬শ চিত্র।



প্রথম আসনে ভ্রূণমস্তকের সংস্থিতি; মস্তক বস্তিগহ্বরে প্রবেশ করিয়াছে।

হয়। এই সঞ্চাপ যে, আবর্ত্তন ক্রিয়ার বিশেষ সহায়তা করে, "অকৃসিপিটো পোষ্টিরিয়র" আসনের প্রসব-কৌশলে তাহা স্পষ্টরূপে বুঝিতে পারা যায়। বস্তিগহ্বরের প্রশস্ততা বশতঃ অথবা অন্য কোন কারণে মস্তকের আবর্ত্তন ক্রিয়া

না হইয়াই ইহা পেরিনিয়মে নামিতে পারে; এরূপ স্থলেও বহির্দ্বারের শেষ-ভাগে প্রায়ই আবর্ত্তন ক্রিয়া হইতে দেখা যায়। পেরিনিয়ম মস্তকের দুইধারে চাপিয়া ধরাতে ইহার মধ্যস্থিত খাতে শিশুর মস্তকের সম্মুখভাগ গিয়া পড়ে, সম্ভবতঃ তাহাতেই বহির্দ্বারের শেষভাগে আবর্ত্তন সাধিত হইয়া থাকে।

৫। "একৃষ্টেনৃশন" বা বিস্তারণ।—বিবর্ত্তন ক্রিয়ার পর শিশুর মস্তক ক্রমাগত সমভাবে নামিতে পারে না, ইহা অগ্রসর হইতে হইতেই ইহার অক্সিপট পিউবিসের শাখাদ্বয়ের মধ্যে আসিয়া আবদ্ধ হইয়া পড়ে। এইরূপে এই অংশের অবতরণে বাধা পড়াতে জরায়ুর সঙ্কোচন-বল সিঙ্কিপট বা মস্তকের পুরোভাগকে নামাইতে আরম্ভ করে; তাহাতে চিবুক অধোগামী

১৭শ চিত্র।



প্রথম আসনে জ্রাণমস্তকের সংস্থিতি; মস্তক নির্গম দ্বার দিয়া বহির্গত হইতেছে।

হইয়া ষ্টার্ণাম হইতে দূরস্থ হইয়া পড়ে;—ইহাকেই মস্তকের "একৃষ্টেনৃশন" বা বিস্তারণ বলা যায়। মস্তকের এই বিস্তৃতি বশতঃ ললাটদেশ যেমন নিম্নে আসিতে থাকে, "সাব অক্সিপিটো ব্রেগ্‌মেটিক," "সাব অক্সিপিটো ফ্রন্ট্যাল" ও "সাব অক্সিপিটো মেণ্ট্যাল" ব্যাসত্রয় ক্রমান্বয়ে দেখিতে পাওয়া যায়; তৎসঙ্গে অক্সিপট পিউবিসের সম্মুখে ক্রমে ক্রমে ঊর্দ্ধগামী হইতে থাকে। পেরিনিয়ম সাতিশয় বিস্ফারিত হইয়া উঠে; ক্রমে ইহা শিশুর মুখের উপর দিয়া স্খলিত হইয়া পড়ে এবং মস্তক বহির্নিঃসারিত হইয়া আইসে।

৬। "একষ্টার্ণাল রোটেশন" বা বহিরাবর্ত্তন।—মস্তক বহির্নিঃসারিত হইলে প্রায়ই ক্ষণকালের জন্য জরায়ুসঙ্কোচনের তীব্রতা কমিয়া যায়; পরে বেদনা পুনর্ব্বার জোরে হইতে আরম্ভ হইলে বহিরাবর্ত্তন ক্রিয়া আরম্ভ হইয়া থাকে;—অক্‌সিপট মাতার সম্মুখ হইতে বাম জঙ্ঘার দিকে এবং মুখ পশ্চাৎ হইতে দক্ষিণ জঙ্ঘার দিকে ঘুরিয়া আইসে। যে স্থলে মস্তক বহির্নিঃসারিত হইবার পরক্ষণেই দেহ নির্গত হইয়া থাকে, সে স্থলেও এই আবর্ত্তন ক্রিয়া হইতে দেখা যায়। প্রসবের প্রারম্ভে যখন মস্তক বস্তির দক্ষিণ তির্য্যক্ ব্যাসে অবস্থিত হয়, তখন স্কন্ধদ্বয় বাম তির্য্যক্ ব্যাসে ন্যস্ত থাকে। কিন্তু অভ্যন্তরীণ আবর্ত্তন ক্রিয়ায় মস্তক সম্মুখপশ্চাৎ ব্যাসে আসিলে দেহের অনুপ্রস্থ ব্যাস অনেক পরিমাণে বস্তির অনুপ্রস্থ ব্যাসে আসিয়া পড়ে; তখন দক্ষিণ স্কন্ধ দক্ষিণ "স্পাইনাস প্রোসেসের" সম্মুখে এবং বাম স্কন্ধ বাম "স্পাইনাস প্রোসেসের" পশ্চাতে সংস্থিত থাকে। এই অবস্থায় জরায়ুর সঙ্কোচনবল ভ্রূণকে বহির্নিঃসারিত করিবার চেষ্টা করায় বহিরাবর্ত্তন ক্রিয়া সম্পাদিত হয়। তখন দক্ষিণ স্কন্ধ দক্ষিণ ইস্কিয়মের সম্মুখস্থ আনত প্লেন দ্বারা সম্মুখে আসিয়া পড়ে এবং বাম স্কন্ধ বামদিকের সেক্রোসায়াটিক বন্ধনীর উপর দিয়া সেক্রমের দিকে নিক্ষিপ্ত হয়। বাম স্কন্ধ পেরিনিয়মে সংযুক্ত থাকে এবং ইহা প্রায়ই অগ্রে বাহির হইয়া আইসে। কখন কখন দক্ষিণ ও বাম স্কন্ধ উভয়ই সমকালে বহির্নিঃসারিত হইয়া পড়ে; দক্ষিণ স্কন্ধ কচিৎ অগ্রে বাহির হইয়া থাকে। স্কন্ধদ্বয় বহির্গত হইলে দেহের অবশিষ্ট অংশ সহজে নিঃসারিত হয়। শিশু ভূমিষ্ঠ হইলে প্রসবের দ্বিতীয় ক্রম বা ষ্টেজ শেষ হইয়া থাকে।

দ্বিতীয় আসন।

এই আসনকে দক্ষিণ অক্‌সিপিটো কটিলয়েড আসন বলা যায়। ইহাতে অক্‌সিপট দক্ষিণ ফোরেমেন ওভেলির দিকে, মস্তকের পুরোভাগ বাম সেক্রো-ইলিয়াক সিকণ্ড্রোসিসের দিকে এবং মস্তকের দীর্ঘ ব্যাস বস্তিতটের বাম তির্য্যক্ ব্যাসের সহিত সমান্তর ভাবে সংস্থিত থাকে।

নির্ণয়।—এই আসনে ভ্রূণমস্তকের পশ্চাদ্ভাগ মাতার দক্ষিণ ইলিও-পেক্টিনিয়াল উৎসেধের দিকে থাকাতে প্রথমাসনে যে সমস্ত লক্ষণ বাম দিকে প্রকাশমান হয়, দ্বিতীয় আসনে তৎসমুদয় দক্ষিণ দিকে এবং দক্ষিণ দিকের

লক্ষণ নিচয় বাম দিকে পরিস্ফুরিত হইতে দেখা যায়। এই আসনে ভ্রূণ-দেহের পশ্চাদ্ভাগ মাতার সম্মুখ ও দক্ষিণভাগে সংস্থিত থাকাতে ইহার হস্তপদাদি মাতার পশ্চাৎ ও বামদিকে নিক্ষিপ্ত হইয়া থাকে, এবং জরায়ুর উপর "পার্কাশন" করিয়া দেখিলে বামদিক অপেক্ষা দক্ষিণ দিক অধিক "ডাল" বা নিরেট বলিয়া বোধ হয়। এব্‌ডোমেন প্রাচীরের উপর হস্তস্থাপন পূর্ব্বক শিশুর অঙ্গপ্রত্যঙ্গ পরীক্ষা করিয়া দেখিলে পার্কাশন শব্দের বিভিন্নতার কারণ স্পষ্ট বুঝিতে পারা যায়। মাতার নাভি হইতে দক্ষিণ ইলিয়াক অস্থির "এন্টিরিয়ার সুপিরিয়ার স্পাইনস প্রোসেস" পর্য্যন্ত একটী রেখা টানিলে সেই রেখার মধ্যস্থলের নিকট ভ্রূণহৃদয়ের স্পন্দনধ্বনি অধিক জোরে শ্রুত হইয়া থাকে। অভ্যন্তরীণ পরীক্ষায় বুঝিতে পারা যায় "সেজিট্যাল সুচার" পশ্চাৎ ও বামভাগ হইতে সম্মুখ ও দক্ষিণ দিকে তির্য্যক্‌ভাবে সংস্থিত আছে। এই "সুচারের" উপর দিয়া সম্মুখ ভাগে অঙ্গুলি চালিত করিলে তাহা "পোষ্টিরিয়র ফণ্টিনেলির উপর স্পৃষ্ট হইয়া থাকে।

"মেক্যানিজম্" বা নির্গমন-কৌশল।—দ্বিতীয় আসনে ভ্রূণের নির্গমন-কৌশল ঠিক প্রথম আসনের ন্যায়। উভয় আসনেই আনমন, অবতরণ ও সমতলন একই ভাবে হইয়া থাকে। সামতলিক গতি পূর্ণভাবে সম্পাদিত হইলে, দক্ষিণ ভাগাপেক্ষা বামভাগ কিঞ্চিৎ নামিয়া আইসে। আবর্ত্তন ক্রিয়ায় অকসিপট দক্ষিণ ইস্কিয়মের সম্মুখস্থ আনত প্লেন দ্বারা চালিত হইয়া পিউবিসের নিকটে এবং সিঙ্কিপট বাম সেক্রো-সায়াটিক লিগেমেণ্টের উপর দিয়া তাড়িত হইয়া সেক্রমের সম্মুখে আসিয়া পড়ে। বহিরাবর্ত্তন ক্রিয়ায় ভ্রূণের মুখ মাতার বাম জঙ্ঘার এবং অক্‌সিপট দক্ষিণ জঙ্ঘার দিকে ন্যস্ত হইয়া থাকে।

তৃতীয় আসন।

এই আসন প্রথম আসনের বিপরীত। ইহাকে দক্ষিণ অক্‌সিপিটো সেক্রোইলিয়াক আসন বলা যায়। ইহাতে অক্‌সিপট দক্ষিণ সেক্রো-ইলিয়াক সিম্ফিসিসের দিকে, মস্তকের পুরোভাগ বাম ফোরেমেন ওভেলির দিকে এবং মস্তকের দীর্ঘ ব্যাস বস্তির দক্ষিণ তির্য্যক্‌ ব্যাসের সহিত সমান্তর ভাবে সংস্থিত থাকে।

নির্ণয়।—এই আসনে শিশুর দেহের পশ্চাদ্ভাগ মাতার দক্ষিণ ও পশ্চাৎ দিকে থাকাতে ইহার হস্তপদাদি বাম ও সম্মুখ দিকে অবস্থিত হয়। জরায়ুর উপর "পার্কাশন" করিলে দক্ষিণ লইনের নিকট অপেক্ষাকৃত নিরেট ভাব লক্ষিত হইয়া থাকে। এই স্থলেই হৃৎপিণ্ডের শব্দ অধিক জোরে শুনিতে পাওয়া যায়। তৎকালে অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা করিলে শিশুর পোষ্টিরিয়র ফন্টিনেলি মাতার পশ্চাতে ও দক্ষিণ সেক্রো-ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে এবং এণ্টিরিয়র ফন্টিনেলি সম্মুখ ও বাম ফোরেমেন ওভেলির দিকে ন্যস্ত দেখা যায়। এই আসনে প্রসবের প্রারম্ভ অবস্থায় অঙ্গুলি দ্বারা বাম প্যারাইটাল অস্থি স্পর্শ করিতে পারা যায়।

"মেক্যানিজম্" বা নির্গমন-কৌশল।—এই আসনে ভ্রূণমস্তক সহজে বহির্নিঃসারিত হইবার জন্য অক্সিপট,মাতার পশ্চাৎ হইতে সম্মুখভাগে এবং সিঞ্চিপট সম্মুখ হইতে পশ্চাদ্ভাগে ঘুরিয়া যাওয়া আবশ্যক। যে প্রণালীতে এই বিবর্ত্তন ক্রিয়া সম্পন্ন হয় তাহা অতি বিচিত্র। বিবর্ত্তন ক্রিয়া দ্বারা ভ্রূণ-মস্তক প্রথমে তৃতীয় আসন হইতে দ্বিতীয় আসনে আসিয়া পড়ে; তাহার পর দ্বিতীয় আসনেরই ন্যায় প্রসবকার্য্য সম্পাদিত হইয়া থাকে। অক্সিপট সেক্রো-ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিস হইতে ঘুরিয়া সিম্ফিসিস পিউবিসের নিকট আসিবার জন্য মস্তকের "ফ্লেকশন" বা আনমন অধিক পরিমাণে হওয়া আবশ্যক; এই জন্য ভ্রূণমস্তক বস্তিগহ্বরে অধিক নামিয়া না আসিলে অনেক স্থলে এই অভ্যন্তরীণ আবর্ত্তন ক্রিয়া হইতে পারে না। আত্যন্তিক "ফ্লেক্শন" প্রযুক্ত চিবুক "ষ্টার্ণামে" সংলগ্ন হইয়া থাকে, এণ্টিরিয়র ফন্টিনেলি অধিক ঊর্দ্ধে উঠিয়া যায় এবং পোষ্টিরিয়র ফন্টিনেলি সেই পরিমাণে নামিয়া আইসে। মস্তকের এইরূপ অধিক আনত অবস্থায় স্পাইনাস প্রোসেসদ্বয় দ্বারা ইহার বিবর্ত্তনে কোনরূপ বাধা প্রদত্ত হয় না। সিঞ্চিপট বাম স্পাইনাস প্রোসেসের ঊর্দ্ধে থাকাতে পশ্চাদ্ভাগে চালিত হইতে পারে এবং অক্সিপট দক্ষিণ স্পাইনাস প্রোসেসের নিম্নে আসিয়া পড়াতে ইহার সম্মুখ গতিতেও কোনরূপ প্রতিরোধ পায় না। মস্তক অতিশয় সম্মুখানত হইয়া যখন বিবর্ত্তন ক্রিয়া সম্পাদিত হয়, তখন অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা দ্বারা স্পষ্ট প্রতীত হইয়া থাকে যে, পোষ্টিরিয়র ফন্টিনেলি অনেক নিম্নে নামিয়া পড়িয়াছে। এই সময়ে সর্ব্ব নিম্নস্থিত অংশ—অক্সিপট বস্তির

পশ্চাৎ প্রাচীর ও পেরিনিয়মে অধিক বাধা পাওয়াতে সম্মুখভাগে সরিয়া আসিতে থাকে ; তাহার পর ভ্রূণমস্তক সম্মুখভাগে কিঞ্চিৎ সরিয়া আসিয়া দ্বিতীয় আসনে সংস্থিত হইলে অবশিষ্ট আবর্ত্তনক্রিয়া সহজসাধ্য হইয়া পড়ে। পরে পূর্ণ আবর্ত্তনক্রিয়া সম্পাদিত হইলে অকৃসিপট সিম্ফিসিস পিউবিসের নিকট আসিয়া সংস্থিত হয়। অকৃসিপট এই স্থানে আসিয়া আবদ্ধ হয়, আর নিম্নে অবতরণ করিতে পারে না। তখন জরায়ুর সঙ্কোচনবল পশ্চাৎস্থিত সিঙ্কিপটকে নামাইতে থাকে। ক্রমে মুখ পেরিনিয়মের উপর দিয়া বহির্গত হইয়া পড়িলে অকৃসিপট সহজে নিঃসারিত হয়। এই আসনে বহিরাবর্ত্তন ক্রিয়া দ্বিতীয় আসনেরই ন্যায় হইয়া থাকে, তাহাতে শিশুর মুখ মাতার বাম জঙ্ঘার দিকে ঘুরিয়া যায়।

চতুর্থ আসন।

এই আসন বাম "অকৃসিপিটো সেক্রো-ইলিয়াক" আসন নামে আখ্যাত হইয়া থাকে ; ইহা দ্বিতীয় আসনের বিপরীত। ইহাতে অকৃসিপট বাম সেক্রো-ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে, মস্তকের পুরোভাগ দক্ষিণ ফোরেমেন ওভেলির দিকে এবং মস্তকের দীর্ঘ ব্যাস বস্তির বাম তির্য্যক্ ব্যাসের সহিত সমান্তর ভাবে সংস্থিত হয়।

নির্ণয়।—এই আসনে শিশুর দেহের পশ্চাদ্ভাগ মাতার বাম ও পশ্চাদ্দিকে থাকাতে ইহার হস্তপদাদি মাতার দক্ষিণ ও সম্মুখ দিকে ন্যস্ত হয়। তজ্জন্য, তৃতীয় আসনের যে সমস্ত নির্ণায়ক লক্ষণাবলী বর্ণিত হইয়াছে, তৎসমুদায়ই বাম দিকে প্রকাশমান হইয়া থাকে। এই আসনে প্রসবের প্রারম্ভাবস্থায় অঙ্গুলি দ্বারা দক্ষিণ প্যারাইটাল অস্থি স্পর্শ করিতে পারা যায়। পোষ্টিরিয়র ফণ্টিনেলি মাতার পশ্চাতে ও বাম সেক্রো-ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে এবং এন্টিরিয়র ফণ্টিনেলি সম্মুখে ও দক্ষিণ ফোরেমেন ওভেলির দিকে ন্যস্ত হয়।

"মেক্যানিজম্" বা নির্গমন-কৌশল।—এই আসনে অভ্যন্তরীণ আবর্ত্তন ক্রিয়া বাম দিক হইতে হইয়া থাকে ;—ফ্লেকশনের আতিশয্যে অকৃসিপট অধিক নিম্নস্থিত হইয়া বাম সেক্রোইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিস হইতে সিম্ফিসিস পিউবিসের নিকট আইসে ; সিঙ্কিপট দক্ষিণ ফোরেমেন ওভেলি হইতে

সেক্রমের সম্মুখে গিয়া পড়ে। এই আসনে মস্তক বহির্নিঃসারিত হইলে বহিরাবর্ত্তন ক্রিয়া প্রথম আসনের ন্যায় হইতে দেখা যায়, এবং ভ্রূণের মুখ মাতার দক্ষিণ জঙ্ঘার দিকে ঘুরিয়া আইসে।

কোন কোন স্থলে ভ্রূণমস্তকের অভ্যন্তরীণ আবর্ত্তন না হওয়াতে অক্সিপট সম্মুখ দিকে আইসে না,—পশ্চাদ্ভাগে সেক্রমের দিকে গিয়া পড়ে। ফ্লেক্শন বা আনমন সম্যক্‌রূপে না হইলে এরূপ হইবার অধিক সম্ভাবনা। অক্সিপট পশ্চাতে ও সিন্সিপট সম্মুখে থাকিয়া যখন ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত হইতে থাকে, তখন মস্তকের পুরোভাগ সিম্ফিসিস পিউবিসের নিকট আসিয়া আবদ্ধ হইয়া পড়ে—আর নামিতে পারে না। জরায়ুর সঙ্কোচনবল অক্সিপটের উপর কার্য্য করিতে থাকে, তাহাতে অক্সিপট ক্রমান্বয়ে নামিয়া পেরিনিয়মকে সাতিশয় বিস্ফারিত করিয়া তুলে, তাহাতে প্রসব বিলম্বিত এবং পেরিনিয়ম বিচ্ছিন্ন হইবার অধিক সম্ভাবনা। ক্রমে অক্সিপট যেমন নামিতে থাকে, সিন্সিপট তেমনই উদ্ধগামী হয়। পরে অক্সিপট বহির্নিঃসারিত হইলে মস্তকের পুরোভাগ, মুখমণ্ডল ও চিবুক বহির্নিঃসারিত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে অভ্যন্তরীণ আবর্ত্তন প্রথমে না হইয়া মস্তকের বহির্নিঃসারণের কিঞ্চিৎ পূর্ব্বেই সংঘটিত হয়। কোন স্থলে বা মস্তকের "এক্‌ষ্টেন্‌শন" বা বিস্তারণ প্রযুক্ত অক্সিপট উদ্ধগামী হয়, এবং সিন্সিপট নিম্নগামী হওয়াতে "ফেস্ প্রেজেণ্টেশন" বা মুখ-প্রাগবতরণ হইতে দেখা যায়, কিন্তু এরূপ ঘটনা অতি বিরল, মস্তক অত্যন্ত ক্ষুদ্র না হইলে এরূপ প্রায়ই হয় না।

বস্তি খর্ব্বায়তন, অথবা বিকৃত হইলে যে কৌশলে ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত হইয়া থাকে, তৎসম্বন্ধে এস্থলে গুটিকতক কথা সন্নিবেশিত হইল। খর্ব্বতার বা বিকৃতির পরিমাণ সামান্য হইলে মস্তকের ফ্লেকশন বা আনমন অধিক পরিমাণে হইয়া এবং চাপ প্রযুক্ত মস্তকের আয়তন কমিয়া গিয়া স্বাভাবিক কৌশলে প্রসবকার্য্য সম্পাদিত হইতে পারে। কিন্তু বস্তি অতিশয় খর্ব্বায়তন হইলে মস্তক প্রসব-কালে নামিয়া একটী কীলকের ন্যায় আবদ্ধ হয়; তাহাতে প্রসবকার্য্য আপনি সম্পাদিত হওয়া অসম্ভব হইয়া পড়ে। যে স্থানে বিকৃত বস্তির ব্রিম বা তটের সম্মুখপশ্চাৎ ব্যাস খর্ব্ব, সে স্থলে ভ্রূণ-

মস্তক অন্যতর তির্য্যক ব্যাসে বস্তিমধ্যে প্রবেশ করিতে পারে না, সে স্থলে তাহা অনুপ্রস্থ ব্যাস দ্বারা বস্তিগহ্বরে প্রবিষ্ট হইয়া থাকে। তখন বাই-টেম্পোরাল ব্যাস সঙ্কীর্ণ সম্মুখ-পশ্চাৎ ব্যাসে পতিত হয় এবং ভ্রূণমস্তকের যে অংশ সিম্ফিসিসের অভিমুখে থাকে, তাহা সেক্রমের দিক অপেক্ষা অধিকতর নিম্নে আসিয়া পড়ে। এইরূপ হওয়াতে সেজিট্যাল সুচার সেক্রাল প্রমণ্টরীর নিকটে সংস্থিত হয়, পরে মস্তকের একটু "এক্‌ষ্টেন্‌শন" বা বিস্তার ঘটে, তাহাতে পোষ্টিরিয়র অপেক্ষা এণ্টিরিয়র ফণ্টিনেলী অল্প নামিয়া আইসে। এইরূপ স্থলে যেখানে প্রসবকার্য্য স্বাভাবিক উদ্যমে সম্পাদিত হয়, তথায় পরে সাতিশয় আনমন ও অবতরণ সংঘটিত হইয়া থাকে এবং ভ্রূণমস্তক আবর্ত্তিত হইয়া যথানিয়মে বহির্নিঃসৃত হইয়া পড়ে। কিন্তু একরূপ স্থলে প্রায়ই কৃত্রিম উপায়ে প্রসব সম্পাদন করিতে হয়।

ভ্রূণ-মস্তকের প্রসব জনিত পরিবর্ত্তন।—ভ্রূণ-মস্তক প্রসব-পথ দিয়া চালিত হওয়াতে ইহার গঠনের কতকগুলি পরিবর্ত্তন হইতে দেখা যায়। প্রসব বহুক্ষণব্যাপী হইয়া পড়িলে এইরূপ পরিবর্ত্তন অধিক হইয়া থাকে,—মস্তকের দৈর্ঘ্য আরও বাড়িয়া উঠে, অক্‌সিপিটো মেণ্ট্যাল ও অক্‌সিপিটো ফ্রণ্ট্যাল ব্যাসদ্বয় ১ইঞ্চ সময়ে সময়ে তদপেক্ষা অধিক পরিমাণে বাড়িয়া থাকে, কিন্তু অনুপ্রস্থ ব্যাস ছোট হইয়া আইসে। নির্গমনকালে অপত্যপথের চাপে ভ্রূণমস্তকের শোণিত-সঞ্চালনে ব্যাঘাত জন্মে; শোণিত-সঞ্চালনের এই আবদ্ধ অবস্থায় মস্তকের যে অংশ চাপোন্মুক্ত থাকে, তথায় এডিমা শোথ সঞ্জাত হয়, এইজন্য প্রাগবতীর্ণ অংশের যে স্থল প্রসবপথের অক্ষরেখার উপর থাকে, তথায় এই এডিমা শোথ উদ্ভূত হইয়া থাকে। এই এডিমা শোথকেই "কেপট সাক্‌সিডেনিয়ম" বলা যায়। মস্তকের বহির্নিঃসারণে যে পরিমাণ সময় লাগে, কেপটের আয়তন সেই পরিমাণ অনুসারে সংগঠিত হইয়া থাকে; প্রসব-ক্রিয়া অল্প সময়ের মধ্যে সম্পন্ন হইলে, ইহার আকৃতি এত ছোট হয় যে, প্রায়ই তাহা বুঝিতে পারা যায় না; এবং অধিক বিলম্বে হইলে ইহা এত বৃহৎ হইয়া উঠে যে, অভ্যন্তরীণ পরীক্ষায় সুচর ও ফণ্টিনেলি খুঁজিয়া বাহির করা কঠিন হইয়া পড়ে। ভ্রূণমস্তকের আসন ভেদে কেপটের স্থিতিস্থানের প্রভেদ লক্ষিত হয়;—প্রথম ও চতুর্থ

আসনে ইহা দক্ষিণ প্যারাইটাল অস্থি এবং দ্বিতীয় ও তৃতীয় আসনে বাম প্যারাইটাল অস্থির উপর উদ্গত হইয়া থাকে। মস্তকের এই সকল পরিবর্ত্তন এবং কেপট সাক্সিডেনিয়ম কয়েক দিবসের মধ্যেই অপগত হইতে দেখা যায়।

ত্রয়োদশ অধ্যায়।

স্বাভাবিক প্রসবের চিকিৎসা-প্রকরণ।

স্বাভাবিক প্রসবকার্য্য সচরাচর একমাত্র প্রকৃতির উদ্যমেই সম্পাদিত হইয়া থাকে। সেরূপ অবস্থায় প্রসবিনীর নিকট সুদক্ষ ধাত্রী থাকিলেই প্রয়োজন মত প্রায় সকল সাহায্যই প্রদত্ত হইতে পারে। কিন্তু কোন কোন স্থলে প্রসবের সকল ক্রমেই অকস্মাৎ কোন না কোন বিঘ্ন বা বিপদ উপস্থিত হইয়া প্রসূতি কিম্বা শিশুর অথবা উভয়েরই জীবন বিপন্ন করিয়া তুলে। হয়ত সেরূপ বিঘ্ন বা বিপদ নিরাকরণ করা ধাত্রীর সাধ্যায়ত্ত নহে। সেরূপ স্থলে চিকিৎসকের সাহায্য অতি সত্বর একান্ত আবশ্যক হইয়া থাকে। তাঁহার আগমনের বিলম্বে অথবা দীর্ঘসূত্রতায় যদি কোন দুর্ঘটনা সংঘটিত হয়, সে দুর্ঘটনা অনিবার্য্য হইলেও সমস্ত দোষ তাঁহারই উপর আরোপিত হইবার সম্ভাবনা। এইজন্য আহ্বান মাত্র প্রসবিনীর নিকট তাঁহার আগমন একান্ত কর্ত্তব্য। এদেশে এই কর্ত্তব্যে বিশেষ লক্ষ্য রাখা উচিত; কেননা প্রায়ই দেখিতে পাওয়া যায় যে, প্রসবকালে চিকিৎসকের আগমন নিতান্ত

আবশ্যক ও অনিবার্য্য না হইলে অস্মদ্ দেশে কেহ তাঁহাকে আহ্বান করে না।

যাহাতে প্রসবকার্য্য নিরাপদে সম্পন্ন হয়, যাহাতে প্রসবিনী ও সন্তানের কোনরূপ বিঘ্ন বা বিপদ না ঘটে, সূতিকাগৃহে প্রবেশ করিয়া তদ্বিষয়ে দৃষ্টি রাখা চিকিৎসকের বিশেষ আবশ্যক। রোগিণী অথবা তাঁহার আত্মীয় স্বজন যদি চিকিৎসককে সূতিকাগারে থাকিতে অনুরোধ করেন, তাহা হইলে প্রসবের তত্ত্বাবধানভার ধাত্রীর উপর সম্পূর্ণ নির্ভর করিয়া তিনি যাইতে পারেন না। ধাত্রী সুদক্ষ ও পারদর্শিনী হইলে এবং প্রসবকার্য্য নিরাপদে সুসম্পন্ন হইবার সম্ভাবনা থাকিলে, চিকিৎসকের আদ্যোপান্ত অরিষ্টগৃহে অবস্থিতি করা তত আবশ্যক বলিয়া বোধ হয় না। যদি প্রসবের বিলম্ব থাকে, ধাত্রীর উপর নির্ভর করিয়া তিনি স্বল্পকালের জন্য গর্ভিণীকে ত্যাগ করিতে পারেন; কিন্তু তাঁহার এরূপ নিকটে থাকা আবশ্যক যে, প্রয়োজন হইলেই যেন তিনি অচিরে উপস্থিত হইতে পারেন। চিকিৎসকের এ বিষয় স্মরণ রাখা উচিত যে, প্রসবিনীর চিকিৎসাভার যখন তিনি স্বহস্তে গ্রহণ করিয়াছেন, তখন প্রসবকার্য্য যাহাতে নিরাপদে সুসম্পন্ন হয়, তদ্বিষয়ে দৃষ্টি রাখিয়া প্রসবের সমাপ্তিকাল পর্য্যন্ত তাঁহার অপেক্ষা করা কর্ত্তব্য।

কোন কোন স্থলে এরূপও ঘটিয়া থাকে যে, চিকিৎসক সূতিকাগারে উপস্থিত হইয়া দেখিলেন, গর্ভিণীর প্রসব-বেদনা আরম্ভ হয় নাই, তিনি কোন প্রকার পীড়ায় প্রপীড়িত হইতেছেন, এবং তাহাই প্রসব বেদনা মনে করিয়া চিকিৎসককে আহ্বান করিয়াছেন। এরূপ স্থলে তাঁহার যাতনার প্রকৃত কারণ অনুসন্ধান করিয়া তাহার প্রতিবিধান করা অতীব আবশ্যক, হয়ত চিকিৎসককে অপ্রকৃত বেদনার চিকিৎসা করিতে হইবে, হয়ত তাঁহাকে প্রসবের ঔপক্রমিক কোন কষ্টকর লক্ষণ নিরাকরণ অথবা কোন রূপ প্রকৃত পীড়ার প্রতীকার করিতে হইবে। কিন্তু ইহাতেই তাঁহার কর্ত্তব্য শেষ হয় না, প্রসবের পূর্ব্বে প্রসবিনীর নিকট উপস্থিত হইয়াই তাঁহার সাধারণ স্বাস্থ্যের উৎকর্ষ সাধনে যত্নবান্ হওয়া একান্ত আবশ্যক, কেননা প্রসব একটী সুস্থ ও স্বাভাবিক ক্রিয়া, শরীর সুস্থ থাকিলে তাহা সুচারুরূপে সম্পন্ন হইবার অধিক সম্ভাবনা। এজন্য চিকিৎসক গর্ভিণীর সাধারণ স্বাস্থ্যের উৎকর্ষ

সাধনের সুযোগ যেন কিছুতেই ত্যাগ না করেন। গর্ভিণীকে সম্পূর্ণ নিরাময় রাখিতে চেষ্টা করা এবং তাঁহার অবস্থানুযায়ি আহার, নিদ্রা, শরীরসঞ্চালন ও পরিচ্ছদাদির উপর বিশেষ দৃষ্টি রাখা তাঁহার একান্ত কর্ত্তব্য। গর্ভের শেষ কয়েক দিবস জরায়ু নামিয়া পড়াতে স্বতই কিয়ৎ পরিমাণে দেহের উৎকর্ষ সাধিত হয়। জরায়ুর ঊর্দ্ধচাপে দেহের যে কার্য্যবিকার সংঘটিত হইয়াছিল, তাহা কমিয়া যায়, গর্ভিণীর শ্বাসপ্রশ্বাসের উন্নতি হয়, তিনি পূর্ব্বাপেক্ষা স্বাধীন ভাবে ও সহজে চলিতে ফিরিতে পারেন, তাঁহার পরিপাকশক্তি বৃদ্ধি পায়। গর্ভিণীর উক্তরূপ অবস্থান্তর দর্শনে স্পষ্ট অনুভূত হয় যে, প্রকৃতি যেন প্রসবিণীকে প্রসব কালীন উৎকট যাতনা ও কঠোর উদ্যমের উপযোগী বল ও স্বাস্থ্য প্রদান করিবার জন্য তাঁহাকে তদ্রূপ শ্রমপারগ করিয়া থাকে। তৎকালে যাহাতে তাঁহার ক্লান্তি বোধ না হয়, এরূপ সহজ ও সুখসাধ্য শ্রম করা উচিত। যাঁহাদের মধ্যে অবরোধ প্রথা প্রচলিত নাই, তাঁহারা বাহিরের আর্ত্তব প্রভাব হইতে আত্মরক্ষা করিয়া বিশুদ্ধ বায়ু সেবন করিতে সচেষ্ট হইবেন। গর্ভকালীন পরিচ্ছদ আর্ত্তব প্রভাবনিবারণোপযোগী হওয়া আবশ্যক এবং যাহাতে উদরের উপরে কোনরূপ অনিষ্টকর চাপ প্রদত্ত না হয়, এরূপে বসন পরিধান করা বিধেয়। গর্ভিণী নিয়মিত নিদ্রা যাইবেন; উষ্ণ গৃহ, নিশাজাগরণ ও সকল প্রকার উত্তেজনা পরিহার করিবেন। তাঁহার পথ্য সুপাচ্য অথচ পুষ্টিকর ও অনুত্তেজক হওয়া আবশ্যক। এই সময় জরায়ু নামিয়া পড়ায় ইহার চাপে রেকটামে মল রুদ্ধ হইতে পারে; তজ্জন্য সময়ে সময়ে উদরাময় পীড়া উৎপাদিত হইয়া থাকে। মলরোধ নিবারণ ও বিদূরণের নিমিত্ত মৃদু বিরেচক আবশ্যক হইয়া উঠে। কিন্তু এই অবস্থায় বিরেচক অতীব সতর্কতা সহকারে প্রয়োগ করিতে হয়; কেননা অবিবেচকতার সহিত তাহা প্রয়োগ করিলে অনেক সময় অন্ত্রের উত্তেজনা সাধিত হইয়া প্রসব-বেদনা উৎপাদিত করিতে পারে। গর্ভাবস্থায় ক্যাষ্টর অইল অতি উপযুক্ত বিরেচক, অল্প পরিমাণে প্রয়োগ করিলে ইহা দ্বারা কোন রূপ অনিষ্টই সাধিত হয় না। এইজন্য পূর্ণ গর্ভে বিরেচক ঔষধ আবশ্যক হইলে এরণ্ড তৈল প্রায়ই প্রযোজিত হইয়া থাকে। কোন কোন গর্ভিণী নিয়মিত মল নিঃসারণের নিমিত্ত এই অবস্থায় নিজে নিজে এরণ্ড তৈল ব্যব-

হার করিয়া থাকেন। এই তৈল ৩/৪ ড্রাম মাত্রায় প্রায় সকল অবস্থাতেই নির্ব্বিঘ্নে প্রয়োজিত হইতে পারে। কিয়ৎপরিমাণ ডাবের জল অথবা কদোষ্ণ দুগ্ধের সহিত মিশ্রিত করিয়া ইহা সহজে খাইতে পারা যায়। লাইকার পটাসি বা বাইকার্ব্বনেট অব পটাস প্রভৃতি কোন ক্ষার দ্রব্যের সহযোগে কোনরূপ সুগন্ধীকৃত জলে মিশ্রিত করিয়া এরণ্ড তৈল অনেক সময় প্রয়োজিত হইয়া থাকে। এই মিশ্রণের সহিত টিঞ্চার কার্ডামম কং বা টিং লেভেণ্ডার কং প্রভৃতি কার্মিনেটিভ ঔষধ সংযোজিত হইয়া থাকে। এরণ্ড তৈল এই-রূপে প্রদত্ত হইলে ইহার গন্ধ অনেক পরিমাণে সুগন্ধে আচ্ছন্ন হইয়া পড়ে, তখন ইহা সহজে গলাধঃকরণ করিতে পারা যায়; তাহাতে ইহার কার্য্য-কারিতা বৃদ্ধি পায় এবং তৎসঙ্গে ইহা দ্বারা অনিষ্টোৎপাদনের সম্ভাবনা হ্রাস হইয়া থাকে।

কোন কোন গর্ভিণী এরণ্ড তৈল খাইতে চাহেন না, অথবা খাইলেই তাহা উঠিয়া যায়। সেরূপ স্থলে রেউচিনি পূর্ণ মাত্রায় দেওয়া যাইতে পারে;— ১৫ গ্রেণ রেউচিনি, ১২ গ্রেণ কার্ব্বনেট অব ম্যাগনেশিয়া ও ২০ বিন্দু স্পিরিট অ্যামোনিয়া এরোমেটিক, দুই আউন্স ডিল ওয়াটারের সহিত মিশ্রিত হইলে উত্তম বিরেচক মিশ্র প্রস্তুত হইয়া থাকে। অজীর্ণ রোগগ্রস্ত গর্ভিণীর পক্ষে ইহা অতি উপযুক্ত মৃদু বিরেচক। কিন্তু ইহা অনেক স্থলে এরণ্ড তৈলের ন্যায় তত কার্য্যকর হয় না।

গর্ভাবস্থায় যাঁহারা প্রকৃত মলরোধ রোগে পীড়িত হয়েন, মলরোধের কারণ নির্দ্ধারণ করিয়া তাঁহাদিগকে উপযুক্ত ঔষধ প্রয়োগ করা আবশ্যক।

নিম্ন অন্ত্রে মল আবদ্ধ থাকিলে জরায়ুর নিম্ন চাপজনিত কষ্টপ্রদ অবস্থা অধিক পরিমাণে উৎপাদিত হয়; মলের সম্যক নিঃসারণে তাহা অনেক পরিমাণে হ্রাস পাইয়া থাকে। এই বিষয় যথাস্থলে লিখিত হইয়াছে। *

প্রসবকালে নিম্নঅন্ত্রে মল আবদ্ধ থাকিলে জরায়ুর সুচারু সঙ্কোচনের ব্যতিক্রম হইতে পারে। তাহা না হইলেও প্রসবের দ্বিতীয় ক্রমের শেষ ভাগে অন্ত্রের মল আপনি নিঃসরিত হইয়া রোগী ও চিকিৎসক উভয়েরই অপ্রীতিকর

* অষ্টম অধ্যায় দ্রষ্টব্য।

হইয়া পড়ে। এইজন্য প্রসব-বেদনার আরম্ভে নিম্ন অন্ত্রে মল আবদ্ধ আছে বলিয়া বোধ হইলে এনিমা দ্বারা তাহা পরিষ্কার করিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য। সাবান মিশ্রিত কদোষ্ণ জলের এনিমায় অনেক স্থলে এই কার্য্য সুসম্পন্ন হয়। মলের কাঠিন্য থাকিলে কিঞ্চিৎ এরণ্ড তৈল এনিমার সহিত মিশ্রিত করা আবশ্যক। এনিমা অল্পে অল্পে প্রবেশিত করিতে হয়; তাহাতে অকস্মাৎ স্থানিক উত্তেজনা অধিক পরিমাণে উৎপাদিত হইতে পায় না; এনিমা উপযুক্ত পরিমাণে অন্ত্রে প্রবেশিত হয় এবং ইহা নিম্ন অন্ত্রের অনেক দূর পর্য্যন্ত প্রবিষ্ট হইয়া থাকে। এরূপ না করিয়া পিচকারীর উপর্য্যুপরি ঘন ঘন কার্য্য দ্বারা অল্প সময়ের মধ্যে আবশ্যকীয় পরিমাণে এনিমা অন্ত্রে প্রবেশিত করিতে চেষ্টা করিলে প্রায়ই স্থানিক উত্তেজনা অধিক হইয়া পড়ে। এনিমা এরূপে দ্রুত প্রবেশিত করিবার চেষ্টা করিলেই তাহা নিঃসারিত হইয়া আইসে এবং আবশ্যকীয় পরিমাণে প্রবেশিত হইতে পারে না। সচরাচর ১ পাইণ্ট পরিমাণে এনিমা প্রবেশিত হইলে নিম্ন অন্ত্রের মল সম্যক্‌রূপে নিঃসারিত হইয়া যায়। সময়ে সময়ে অধিক পরিমাণে প্রবেশিত করা আবশ্যক হইয়া পড়ে।

গ্রহীতব্য দ্রব্যাদি।—সূতিকাগারে যে সমস্ত দ্রব্যসামগ্রী আবশ্যক হইবার সম্ভাবনা, চিকিৎসকের তৎসমস্তই সঙ্গে রাখা কর্ত্তব্য। একটি পূর্ণ অবষ্টেট্রিক ব্যাগে প্রয়োজনীয় সমস্ত দ্রব্যই থাকে। কিন্তু এরূপ অস্ত্রকোষের মূল্য অধিক; সকলের রাখিবার ক্ষমতা হয়না এবং সকল স্থলে আবশ্যক হইতেও দেখা যায় না। সেইজন্য একটী ছোট ব্যাগ থাকিলেই চলিতে পারে। কিন্তু সচরাচর যে সমস্ত ছোট ব্যাগ কিনিতে পাওয়া যায়, তাহাতে অবশ্য প্রয়োজনীয় দ্রব্যাদি সমস্ত থাকে না; এইজন্য চিকিৎসকাকে প্রয়োজন মত ব্যাগ বা বাক্স নিজে নিজে প্রস্তুত করাইয়া লইতে হয়। তাহাতে একটী বা দুইটী গাম ইলাষ্টিক ক্যাথিটর, একখানি কাঁচি, একটী হিগিন্‌সনের পিচকারী, গুটিকত মোটা মোটা পিন ও খানিকটা শক্ত মোটা সূতা, এবং অহিফেনঘটিত কোন ঔষধ (লডেনাম, বা লাইকার ওপিয়াই সিডেটাইভাস) ও লিকুইড এক্‌ষ্ট্রাক্ট বা পাল্‌ভ আরগট—এই সকল প্রয়োজনীয় যন্ত্রাদি ও ঔষধ থাকা আবশ্যক। এই সমস্ত অবশ্য প্রয়োজনীয় দ্রব্য ধাত্রীর নিকটেও

থাকে ; কিন্তু ঐসকলের জন্য তাঁহারে উপর নির্ভর করিয়া থাকা উচিত নহে। এতদ্ব্যতীত ক্লোরাফরম, ক্লোরাল, টিঞ্চার বা লাইকার ফেরিপার-ক্লোরাইড, দুই একটি সার্জ্জিকাল নিড্‌ল্, খানিকটা রৌপ্য তার ও একজোড়া বড় প্রসব-ফর্সেপ্‌সও সেই ব্যাগের মধ্যে রাখা আবশ্যক। দূরদূরান্তে চিকিৎসার্থ যাইতে হইলে একটা পার্ফোরেটার, ব্লণ্টহুক, ক্রেনিওটমী ফর্সেপ্‌স ও প্রয়োজন মত অন্যান্য দ্রব্যাদিও সঙ্গে লইতে হয়।

প্রসবিনীর বাটীতে উপস্থিত হইয়া বিশেষ আবশ্যক না হইলে চিকিৎসকের একবারে সূতিকা-গৃহে প্রবেশ করা উচিত নহে। সূতিকাগারে চিকিৎসক প্রবেশ করিবামাত্র অনেক সময় গর্ভিণীর বেদনা ক্ষণকালের জন্য নিবৃত্ত হইয়া থাকে ; তিনি হঠাৎ প্রবেশ করিলে বেদনার বিপর্য্যয় হইবার অধিক সম্ভাবনা। এইজন্য সূতিকাগৃহে প্রবেশ করিবার পূর্ব্বে চিকিৎসকের আগমন সংবাদ ধাত্রী, পরিচারিকা অথবা অন্য কোন স্ত্রীলোকদ্বারা প্রসবিনীকে জানান আবশ্যক এবং ধাত্রীর নিকট গর্ভিণীর অবস্থা সম্বন্ধে যথাসাধ্য সমাচার জানিয়া লওয়া কর্ত্তব্য। সূতিকাগারে প্রবিষ্ট হইয়া চিকিৎসক প্রশান্ত ও সংযতভাবে থাকিবেন ; এবং যাহাতে তাঁহার প্রতি প্রসবিনীর দৃঢ় বিশ্বাস ও ভক্তি হয়, তদুপযোগী ব্যবহার করিবেন। গর্ভিণীর চিত্ত কোন এক বিষয়ের কথোপকথনে নিবিষ্ট রাখিতে চেষ্টা করিয়া সেই অবসরে সতর্কভাবে তাঁহার স্বাস্থ্য, পরিবেষ্টক অবস্থা ও বেদনার প্রকৃতি ইত্যাদি প্রয়োজনীয় বিষয় পর্য্যবেক্ষণ করা একান্ত কর্ত্তব্য।

সূতিকাগার।—সূতিকাগার প্রশস্ত, শুষ্ক, পরিষ্কার ও উত্তম বায়ু-সেবিত হওয়া আবশ্যক, ইহা যত উচ্চ স্থানে স্থাপিত হয়, ততই ভাল। চিকিৎসকের উপর যদি সূতিকাগৃহ-নির্ব্বাচনের ভার অর্পিত হয়, তাহা হইলে তিনি যথাসাধ্য প্রশস্ত, পরিশুষ্ক ও সমীরণ-সেবিত উচ্চ গৃহ মনোনীত করিতে বিশেষ চেষ্টা করিবেন। সূতিকাগার বাটীর যত অভ্যন্তরে হয়, ততই ভাল। গৃহটী যাহাতে কোন দুর্গন্ধময় স্থানের নিকট না হয়, তদ্বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য। প্রসবিনীর শয্যা উপযুক্ত উচ্চ হওয়া আবশ্যক। শয্যার যে স্থলে গর্ভিণীর বস্তিদেশ থাকে, যাহাতে সেই স্থল প্রসবপথের নিঃসারিত পদার্থদ্বারা ভিজিয়া না যায়, তদুপযোগী কোনরূপ

"ওয়াটারপ্রুফ" চাদর তথায় পাতিয়া দেওয়া উচিত। ওয়াটারপ্রুফ চাদরের উপর একখানি সাধারণ কাপড়ের চাদর লম্বালম্বী ভাঁজ করিয়া তাহার অধিকাংশ গুটাইয়া অবশিষ্ট উন্মুক্ত অংশ গর্ভিণীর ঠিক বস্তিদেশের নিম্নে পাতিয়া দেওয়া আবশ্যক। চাদরের উন্মুক্ত অংশ নিঃসৃত পদার্থে অনুলিপ্ত হইলে, সেই ভাগ সরাইয়া অস্পৃষ্ট অংশ অল্পে অল্পে আবার বস্তিনিম্নে টানিয়া দিতে হয়; এইরূপে একখানি টানা চাদরেই অধিক কার্য্য হইয়া থাকে। এই উপায়ে সমুদায় নিঃসৃত পদার্থের পরিমাণ বুঝিতে ও তাহা সহজে স্থানান্তরিত করিতে পারা যায়; গর্ভিণীর শয্যা তাহাতে সহজে পরিষ্কার থাকিতে পারে।

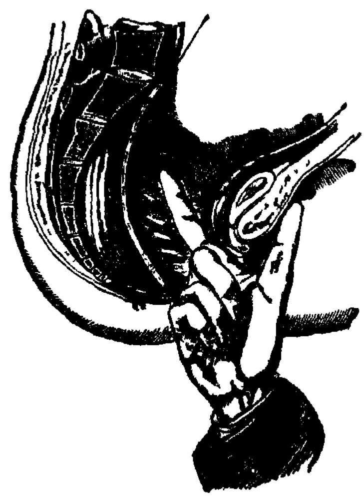
প্রথম ক্রম শেষ হইবার পূর্ব্বে চিকিৎসক প্রসবিণীর বাটীতে উপস্থিত হইলে সূতিকাগার ও শয্যাদির সুচারু বন্দোবস্ত করিতে পারেন, কিন্তু তাঁহার উপস্থিত হইবার পূর্ব্বে যদি প্রসবকার্য্য অধিক অগ্রসর হইয়া পড়ে, তাহা হইলে সকল স্থলে তিনি ঐসকল বিষয়ের কোন সুব্যবস্থা করিয়া উঠিতে পারেন না; যাহা কিছু হইয়াছে, সময়ে সময়ে তাহার উপরই নির্ভর করিতে হয়। সূতিকাগার যতদূর নিস্তব্ধ থাকে, ততই ভাল; প্রসবকার্য্যে যাঁহাদের সাহায্য একান্ত আবশ্যক, এবং গর্ভিণী নিজে যাঁহাদিগকে রাখিতে ইচ্ছা করেন, তাঁহারা ব্যতীত আর কাহাকেও তথায় থাকিতে দেওয়া উচিত নহে। কিন্তু তাহা বলিয়া অধিক লোক থাকিতে দিতে নাই; অধিক লোকের সমাগমে উপকার অপেক্ষা অপকারই হইবার অধিক সম্ভাবনা। ডাক্তার প্লেফেয়ার বলেন, "নিম্ন শ্রেণীর স্ত্রীলোকেরা সূতিকাগারকে একটী উপযুক্ত সভাগৃহ বলিয়া বিবেচনা করিয়া থাকে; তথায় অনেকগুলি স্ত্রীলোক একত্রিত হইয়া নানা বিষয়ের জল্পনা করে; কিন্তু তাহাদিগের কথোপকথন বেদনাগ্রস্তা গর্ভিণীর উত্তেজিত অবস্থার পক্ষে প্রায়ই বিশেষ কষ্টপ্রদ ও অনিষ্টকর হইয়া উঠে।" প্লেফেয়ার সাহেবের এই মতটি এদেশের পক্ষে সম্পূর্ণ প্রযুক্ত হইতে পারে। অস্মদ্দেশের স্ত্রীলোকেরা প্রায়ই সদাশয়প্রাণে সূতিকাগারে প্রবেশ করেন; কিন্তু তাঁহাদের ভাবভঙ্গি ও কথাবার্ত্তায় অনেক সময় গর্ভিণীর অসীম অনিষ্ট সাধিত হইয়া থাকে। এইজন্য নিতান্ত আবশ্যক না হইলে সূতিকাগারে অপর লোকের থাকা বিধেয় নহে। যাঁহারা

সূতিকাগারে উপস্থিত থাকিবেন, তাঁহাদের সকলেরই বাহ্য ভাবে আনন্দ ও প্রফুল্লতা দেখান কর্ত্তব্য ; কষ্টকর প্রসব-বিবরণ বা অপ্রীতিকর বিষয়ের প্রকাশ্য আলোচনা করিলে প্রায়ই অনিষ্ট সাধিত হইতে দেখা যায়।

প্রসব।

অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা।—বেদনার প্রকৃতি ও ঘনতার বিষয়ে সতর্কভাবে পর্য্যবেক্ষণ করিয়া চিকিৎসক অভ্যন্তরীণ পরীক্ষায় প্রবৃত্ত হইবেন। চিকিৎসক পুরুষ হইলে ধাত্রী অথবা পরিচারিকা দ্বারা গর্ভিণীকে তাঁহার অভিপ্রেত পরীক্ষার বিষয় জ্ঞাপিত করা উচিত। অভ্যন্তরীণ

১৮শ চিত্র।



প্রসবের প্রারম্ভে অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা।

পরীক্ষার নিমিত্ত গর্ভিণীকে সচরাচর শয্যার দক্ষিণ প্রান্তে বাম পার্শ্বে শায়িত করা হয় ; তাঁহার পদ দ্বয় গুটাইয়া উদরের উপর উঁচু করিয়া রাখা আবশ্যক। প্রসবকালেও প্রসবিণীরা এইভাবে শায়িত হইয়া থাকেন। কেহ কেহ গর্ভিণীকে উত্তানভাবে শায়িত করিয়া পরীক্ষা করিতে অধিক সুবিধা

বোধ করেন; কিন্তু পার্শ্ব-শায়িতভাবই সর্ব্বাপেক্ষা অধিক অবলম্বিত হইয়া থাকে। প্রসবিণীকে এক পার্শ্বে শায়িত করিয়া পরীক্ষা করিতে হইলে তাঁহার শয্যাপার্শ্বে চিকিৎসকের উপবেশন করা আবশ্যক এবং তিনি কোনরূপ মৃদু বা অনুত্তেজক তৈলে বা তৈলময় পদার্থে তর্জ্জনী সিক্ত করিয়া ধীরে ধীরে সেই অঙ্গুলিটী যোনিমুখে প্রবেশিত করিবেন; তাহার পর তাহা ঊর্দ্ধ ও পশ্চাৎ দিকে প্রসবপথের অক্ষরেখায় চালিত করিয়া অবশেষে সম্মুখভাগে সঞ্চালন-পূর্ব্বক তদ্দ্বারা জরায়ুমুখ স্পর্শ করিবেন। যোনিতে অঙ্গুলি কিয়দ্দূর প্রবেশিত হইলে হাত ঘুরাইয়া লইয়া ইহার তলদেশ গর্ভিণীর সম্মুখভাগে এবং পশ্চাদ্ভাগ সেক্রমের সমভাবে স্থাপন করিতে হইবে। বাম হস্ত প্রবেশিত করিতে হইলে তাহা ঐরূপ ঘুরাইয়া লইতে হয় না। অভ্যন্তরীণ পরীক্ষার জন্য গর্ভিণীকে চিত করিয়া শায়িত করিলে চিকিৎসক তাঁহার যে পার্শ্বে বসিয়া পরীক্ষা করেন, তাঁহাকে সেই হস্তই প্রয়োগ করিতে হয়। কোন কোন সময় জরায়ুমুখ উচ্চে অবস্থিত থাকাতে তাহা সহজে অধিগম্য হয় না। সেরূপ অবস্থায় অপর হস্ত উদরের উপর স্থাপনপূর্ব্বক চাপ দিয়া জরায়ুমুখ নামাইয়া দেওয়া আবশ্যক। বেদনাকালে যোনিমধ্যে অঙ্গুলি প্রবেশিত করিলে তাহাতে গর্ভিণীর বিশেষ কষ্ট বোধ হয় না, এইজন্য পরীক্ষা প্রায় সেই সময়েই আবদ্ধ হইয়া থাকে।

অভ্যন্তরীণ পরীক্ষাদ্বারা সচরাচর যে সকল বিষয় স্থির করিতে হয়, তৎসমুদায় সংক্ষেপে নিম্নে সন্নিবেশিত হইল :—

১। রোগিণী প্রকৃত সসত্ত্বা কি না?

২। প্রসব-বেদনা উপস্থিত হইয়াছে কি না?

৩। ভ্রূণ কিরূপ ভাবে অবস্থিত? কোনরূপ উপসর্গ আছে কি না?

৪। বেদনার বল ও কার্য্যকারিতা কিরূপ এবং কোন্ ক্রম কতদূর অগ্রসর হইয়াছে?

৫। জরায়ুমুখ ও প্রসবপথের অবস্থা এবং বস্তিগহ্বরের ধারণাশক্তি কি রূপ?

রোগিণী সসত্ত্বা না হইলেও হইতে পারেন; হয়ত বসাধিক্য বশতঃ এব-ডোমেনের বিবৃদ্ধি; অবরুদ্ধ ঋতুশোণিতে জরায়ুর বিস্ফার; এসাইটিস্, কিম্বা

জরায়ু ও অণ্ডাধারের টিউমার বশতঃ অথবা অপ্রকৃত গর্ভপ্রযুক্ত তিনি আপনাকে সগর্ভা বলিয়া মনে করিতে পারেন ও এবডোমেনের নিম্নাংশে কোনরূপ কষ্টকর লক্ষণ উপস্থিত হইলেই প্রসব-বেদনা উপস্থিত হইয়াছে বলিয়া বিবেচনা করিয়া থাকেন। পরে চিকিৎসক আসিয়া তাঁহার এই ভ্রম অপনয়ন করিয়া দেন। এরূপ ঘটনা বিরল নহে, এইজন্য সূতিকাগারে প্রবেশ করিয়াই প্রত্যেক গর্ভিণীর প্রকৃত অবস্থা নির্ণয় করা চিকিৎসকের একান্ত কর্ত্তব্য। গর্ভাবস্থাকে পীড়িতাবস্থা বলিয়া ভুল করিলে তত বিশেষ অনিষ্ট হয় না; কেননা অল্প সময়ের মধ্যেই প্রকৃত অবস্থা প্রকাশিত হইয়া পড়ে; কিন্তু রুগ্নাবস্থা গর্ভ বলিয়া ভুল করিয়া তদনুসারে চিকিৎসা করিলে বিশেষ অনিষ্টপাতের সম্ভাবনা। কিম্বা এরূপও হইতে পারে যে, রোগিণী প্রকৃতই সসত্ত্বা; কিন্তু হয়ত তাঁহার প্রকৃত প্রসব বেদনা উপস্থিত হয় নাই, তিনি অপ্রকৃত বেদনায় নিপীড়িত হইতেছেন।

অপ্রকৃত বেদনা।—বেদনা অপ্রকৃত হইলে তাহার কারণ নির্দ্দেশ করিয়া চিকিৎসা করা আবশ্যক। কোষ্ঠবদ্ধ থাকিলে ৩।৪ ড্রাম পরিমাণে এক মাত্রা এরণ্ড তৈল দেওয়া কর্ত্তব্য *। কিন্তু নিম্ন অন্ত্রের মলপূর্ণতা যদি অপ্রকৃত বেদনার কারণ হয়, তবে এনিমা দ্বারা তাহা পরিষ্কার করিয়া দেওয়া আবশ্যক। অন্ত্র পরিষ্কৃত হইলে একমাত্রা অহিফেন সেবন করিতে দেওয়া অথবা রেক্টমদ্বারা প্রয়োগ করা বিধেয়। ১০।১৫ মিনিম লডেনাম অথবা লাইকার ওপিয়াই সিডেটাইভাস্ উপযুক্ত অনুপানের সহিত সেবন করাইতে হয়। রেকটমে প্রবেশিত করিতে হইলে ইহা অধিক মাত্রায় ব্যবহার করা আবশ্যক। বেদনার আতিশয্য দৃষ্ট হইলে বিরেচক ঔষধের সহিত অহিফেন ঘটিত কোনরূপ ঔষধ মিশ্রিত করিয়া সেবন করিতে দেওয়া আবশ্যক হইয়া পড়ে। কিন্তু বিরেচক দ্বারা অন্ত্রসমুদায় মধ্যবিতরূপে পরিষ্কৃত হইয়া আসিলে যদি অহিফেন প্রয়োগ করা যায়, তাহা হইলে মল নিঃসারণেরও ব্যতিক্রম হয় না এবং বিরেচক ঔষধ হইতে কোনরূপ উত্তেজনা সাধিত হইলে তাহাও প্রশমিত হইয়া থাকে। ক্লোরোডাইন সেবনও ঐরূপ অবস্থায় বিশেষ সুফলপ্রদ। অজীর্ণতা ও

* ১৯০ পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য।

উদরাময় থাকিলে ক্লোরোডাইন অথবা অল্প মাত্রায় অহিফেন সত্বর যন্ত্রণা নিবারণ করিয়া থাকে ; তাহার পর পীড়ার প্রকৃত কারণ সম্যক্‌রূপে বিদূরিত হইতে পারে। ক্লোরিক ইথার, টিঞ্চার কার্ডেমাম কম্পৌণ্ড এবং ডিল, এনিথি ও পিপারমেণ্ট ওয়াটর প্রভৃতি ভেষজে এইরূপ অবস্থায় অনেক সময় বিশেষ উপকার হইতে দেখা যায়। বাতগ্রস্তা গর্ভিণীদের জরায়ু-প্রাচীরের উত্তেজনা বিদূরিত করিতে হইলে বাইকার্ব্বনেট অব্ পটাস, আইয়োডাইড অব্ পটাস ও স্যালিসিলেট অব্ সোডা কিয়ৎকাল পর্য্যন্ত সেবন করাইতে হয়। এস্থলে একথা বলা আবশ্যক যে, গর্ভিণীকে সর্ব্বদা শায়িত অবস্থায় রাখা অপ্রকৃত বেদনার চিকিৎসার একটী প্রধান অঙ্গ।

প্রকৃত বেদনা।—বেদনা প্রকৃত হইলে অভ্যন্তরীণ পরীক্ষাদ্বারা প্রসবের প্রকৃত অবস্থা স্থির করা আবশ্যক। শিশুর কোন্ অংশ প্রসবপথে অগ্রসর হইতেছে ; তাহা প্রসবপথে কি "পোজিশনে" অথবা আসনে স্থিত ; তাহার সহিত শিশুর অন্য কোন অংশ নামিয়াছে কি না ; বেদনার বল ও প্রসবপথের উপর ইহার কিরূপ কার্য্যফল ; প্রসব কতদূর অগ্রসর হইয়াছে ; প্রসবপথের, বিশেষতঃ জরায়ুমুখের অবস্থা এবং তৎসঙ্গে বস্তিগহ্বরের আয়তন প্রভৃতি বিষয় পরীক্ষাদ্বারা স্থির করিয়া লইতে হয়। এই সকল বিষয়ের মধ্যে কতকগুলি বেদনাকালে এবং কতক-গুলি বেদনার বিরাম কালে সম্যক্‌রূপে স্থিরীকৃত হইতে পারে। বেদনাকালে জরায়ুসঙ্কোচনের বল ও কার্য্যফল জানিতে পারা যায় ; অন্যান্য বিষয় বেদ-নার বিরাম কালে পরিজ্ঞাত হওয়া আবশ্যক। বেদনাকালে জলমুচি নামিয়া আইসে এবং অন্তঃচাপে ইহা বিস্ফারিত হওয়ায় ইহার উপর টান পড়ে ; এই অবস্থায় ভ্রূণের প্রাঙ্‌মুখ অংশ ও আসন সম্যক্‌রূপে পরীক্ষিত হয় না ;—পরীক্ষা করিতে গেলে জলমুচি ছিঁড়িয়া যাইবার সম্ভাবনা। অন্ততঃ একটী অঙ্গুলি সহজে প্রবেশিত হইতে পারে, এরূপ পরিমাণে জরায়ুমুখ বিস্ফারিত না হইলে এই সকল বিষয় সম্যক্ জানা যায় না। তবে অন্য উপায়ে ভ্রূণের প্রাঙ্‌মুখ অংশ জানা যাইতে পারে। যদি ভ্রূণের মস্তক প্রাঙ্‌মুখ হয়, জরায়ুর অভ্যন্তরে অঙ্গুলি প্রবেশিত না হইলেও জরায়ুর যৌন অংশ দ্বারা ভ্রূণমস্তকের কঠিন ও গোলাকার ভাব বেশ অনুভূত হইয়া

থাকে। বস্তি-প্রাগবস্তরণে জরায়ুর যৌন অংশে এইরূপ গোলাকার ভাব লক্ষিত হইয়া থাকে; তাহাতে ভ্রূণের বস্তিদেশ ইহার মাথা বলিয়া ভুল হইবার সম্ভাবনা। কিন্তু শিশুর হৃৎপিণ্ড ও অঙ্গপ্রত্যঙ্গের স্থিতিস্থান পরীক্ষা করিলে এই ভ্রম বিদূরিত হইয়া যায়। শিশুর আসন বর্ণনকালে এই সকল বিষয় বিশেষ করিয়া লেখা হইয়াছে *। জরায়ুমুখ অধিক পরিমাণে বিস্ফারিত হইলে ভ্রূণমস্তকের সুচার্স ও ফন্টিনেলিসের পরীক্ষাদ্বারা ভ্রূণের আসন সম্যক্‌রূপে জানিতে পারা যায়। কখন কখন মাথার নীচে এমনিয়ম জল অতি অল্প পরিমাণে থাকে; তাহাতে এমনিয়ম ঝিল্লি মস্তকের ত্বক্‌ বলিয়া বোধ হইতে পারে; কিন্তু ইহা টানিলেই ইহার ভিতর শিশুর কেশসমূহ স্পষ্ট অনুভূত হইয়া থাকে।

অভ্যন্তরীণ পরীক্ষাদ্বারা যদি বুঝিতে পারা যায় যে, বস্তিগহ্বরের আয়তন ভ্রূণের আয়তনোপযোগী, প্রসবপথ নিঃস্রবণে আর্দ্র, এবং জরায়ুমুখ ও প্রসবপথ কোমল ও বিস্ফারণশীল, সেই সঙ্গে বেদনাকালে যদি জলমুচি নামিয়া আইসে এবং প্রসবপথ বিস্ফারিত হইতে থাকে, তাহা হইলে প্রসবের ভোগকাল দীর্ঘ না হইবারই সম্ভাবনা। এই সকল বিষয়ের ব্যতিক্রম হইলে প্রসবেরও ব্যতিক্রম হইতে পারে। কেপট সাক্‌সিডেনিয়মের অবস্থা দেখিয়াও সময়ে সময়ে প্রসবের ভোগ-কাল নির্ণয় করিতে পারা যায়। প্রসবপথ বিস্ফারণশীল থাকিয়া প্রসব-কার্য্য অবিলম্বে সম্পাদিত হইলে কেপট-সাক্‌সিডেনিয়ম অল্প পরিমাণে প্রকাশ পাইয়া থাকে, কিন্তু প্রসবপথ যদি দৃঢ় থাকে, যদি তাহা সহজে বিস্ফারিত না হয়, তাহা হইলে কেপট সাক্‌সিডেনিয়ম পুরু ও বৃহদায়তন হইয়া পড়ে। সমগ্র প্রসব, বিশেষতঃ ইহার দ্বিতীয় ক্রম বিলম্বিত হইলে কেপট সাক্‌সিডেনিয়মের এইরূপ অবস্থা দেখিতে পাওয়া যায়। কেপট সাক্‌সিডেনিয়ম পুরু হইলে মাথার সুচার্স ও ফন্টিনেলিস্‌ সহজে বুঝিতে পারা যায় না। এরূপ স্থলে প্রকৃত অবস্থা বুঝিতে না পারিলে, শিশুর মস্তক প্রসবপথে অনেক দূর নামিয়া আসিয়াছে, অথবা তাহা শিশুর

* দ্বাদশ অধ্যায় দ্রষ্টব্য।

বস্তিদেশ বলিয়া ভুল হইবার সম্ভাবনা ; কিন্তু সতর্কভাবে পরীক্ষা করিলে সে সম্ভাবনা তিরোহিত হইয়া যায়।

অভ্যন্তরীণ পরীক্ষার পর প্রসবিণী ও তাঁহার আত্মীয় স্বজন প্রসবের অবস্থা ও ইহার ভোগকাল সম্বন্ধে প্রায়ই প্রশ্ন করিয়া থাকেন। এই সকল বিষয়ে সকল স্থলে কোন একটা নিশ্চিত মত প্রকাশ করা বড়ই কঠিন; কেননা হয়ত প্রসব সুন্দররূপে অগ্রসর হইতে হইতে হঠাৎ কোন বিঘ্ন উপস্থিত হইতে পারে এবং যে প্রসব প্রথমে দুরূহ বলিয়া বোধ হয়, তাহাও সহজে ও শীঘ্র সম্পাদিত হওয়া অসম্ভব নহে। তবে যথায় কোন বিঘ্নসূচক লক্ষণ না থাকে, তথায় এই মাত্র বলিতে পারা যায় যে, প্রসবকার্য্য নিয়মিত ও সুচারুরূপে সম্পাদিত হইতেছে। কোন বিঘ্নের কারণ থাকিলে তাহা তাঁহার আত্মীয় স্বজনকে স্পষ্ট করিয়া বুঝাইয়া দেওয়া আবশ্যক; কিন্তু তাহা গর্ভিণীর নিকট কোন প্রকারেই প্রকাশ করা উচিত নহে।

প্রসবকার্য্য কোন্ কোন্ সময়ে সচরাচর সমাপ্ত হইয়া থাকে, তদ্বিষয়ে চিকিৎসকের অভিজ্ঞতা থাকিলে তিনি অনেক স্থলে অনুমানদ্বারা তাহা স্থির করিয়া লইতে পারেন; কিন্তু সেই অনুমানের উপর অল্পই নির্ভর করা যাইতে পারে। অনেক সময় রজনীর শেষ ভাগে প্রসব-কার্য্য সমাপ্ত হইতে দেখা যায়। ডাক্তার ওয়েষ্ট গণনা দ্বারা স্থির করিয়াছেন যে, ২০১৯ প্রসবের মধ্যে ৭৮০টি রাত্রি ১১টা ও প্রত্যুষ ৭টার মধ্যে, ৬৬২টি প্রত্যুষ ৭টা ও অপরাহ্ণ ৩ ঘটিকার মধ্যে এবং ৫৭৭টি অপরাহ্ণ ৩টা হইতে রাত্রি ১১ ঘটিকার মধ্যে সমাপ্ত হইয়াছিল।

প্রথম ক্রম।—এই ক্রমে স্বভাবতঃ আনুষঙ্গিক প্রসববল উত্তাবিত হয় না। যাহাতে জরায়ু-সঙ্কোচনেই অস বিস্ফারিত হয়, বেদনা-কালে প্রসবিণী যাহাতে অনর্থক কোঁত দিয়া পরিক্লান্ত না হয়েন, তদ্বিষয়ে চিকিৎসক ও ধাত্রীর বিশেষ লক্ষ্য রাখা কর্ত্তব্য। এই ক্রমে প্রসবিণীকে শায়িত করিয়া রাখিবার প্রয়োজন নাই; তিনি বসিয়া থাকিতে, অথবা চলিয়া ফিরিয়া বেড়াইতে, কিম্বা কোন গৃহকার্য্যেও মনোনিবেশ করিবার চেষ্টা করিতে পারেন। তাহাতে প্রসব-যন্ত্রণা কিয়ৎপরিমাণে

লঘু হইবার সম্ভাবনা। তৎকালে তাঁহার সঙ্গে এরূপ কোন বিষয়ের কথোপকথন করিতে হয় যাহাতে তাঁহার মন অন্য বিষয়ে নিবিষ্ট হয়। এরূপ না করিয়া, বেদনা আরম্ভ হইলেই তাঁহাকে শায়িত অবস্থায় রাখিলে তাঁহার মন কেবল প্রসব-বিষয়ে নিমগ্ন থাকাতে তিনি শীঘ্র উদ্বিগ্ন,—এমনকি হতাশ হইয়া পড়িতে পারেন, তাহাতে প্রসবের বিশেষ বিঘ্ন হইবার সম্ভাবনা। তিনি বসিয়া বা দাঁড়াইয়া থাকিলে ভ্রূণের গুরুত্ব ইহাকে বস্তিগহ্বরে প্রবেশ করিতে সহায়তা করে এবং জরায়ুও প্রসব-পথের য্যাক্সিস্ বা অক্ষের সহিত সমান্তরভাবে কার্য্য করিতে পারে। এব্‌ডোমেন-প্রাচীর শিথিল থাকিলে জরায়ু সম্মুখে ঝুলিয়া পড়ে, তাহাতে জরায়ু এইরূপ সমান্তরভাবে কার্য্য করিতে পারে না, সেইরূপ অবস্থায় এব্‌ডোমেনের উপর একটী পটবন্ধনী বাঁধিয়া দিলে জরায়ু প্রকৃত স্থিতিস্থানে সংস্থাপিত হইয়া থাকে। বহুপ্রসবিণীদিগের এবডোমেনে প্রায়ই পেটী বাঁধিতে হয়।

প্রসব স্বাভাবিক হইলে ধাত্রীর অথবা চিকিৎসকের কোন সাহায্য প্রায়ই আবশ্যক হয় না। তবে প্রসব কি ভাবে অগ্রসর হইতেছে, তদ্বিষয় অবগত হইবার জন্য মধ্যে মধ্যে অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা করিতে হয়। ঘন ঘন পরীক্ষা করিলে প্রসবিণীর উদ্বেগ বৃদ্ধি হইবার সম্ভাবনা, এবং যোনিতে অনর্থক উত্তেজনা উৎপাদিত হইয়া থাকে। স্বাভাবিক প্রসবকার্য্যের ব্যতিক্রম সাধনের কোন কারণ উদ্ভাবিত হইলে সত্বর তাহার বিদূরণার্থ চেষ্টা করা উচিত। তাহা না করিলে স্বাভাবিক প্রসবের বিপর্য্যয় ঘটিবার সম্ভাবনা। এইজন্য, জরায়ুর সঙ্কোচন প্রসবপথের উপর সমান্তরভাবে কার্য্য করিতেছে কি না, বেদনা কালে জলমুচি নামিতেছে এবং জরায়ুমুখ বিস্ফারিত হইতেছে কি না, ইত্যাদি বিষয় পরীক্ষা করিয়া দেখা আবশ্যক। এমনিয়স জলের আধিক্য বশতঃ জরায়ু অতিশয় বিস্ফারিত থাকিলে সম্যক্‌রূপে সঙ্কুচিত হইতে পারে না। তাহাতে প্রসব বিলম্বিত হইবার সম্ভাবনা। এরূপ স্থলে বেদনাকালেও জলমুচি নামিয়া আইসে না এবং জরায়ুমুখ কোমল থাকিলেও বিস্ফারিত হয় না। তজ্জন্য এমনিয়স জল কিয়ৎ পরিমাণে

নির্গত করিয়া দেওয়া আবশ্যক ; জল কিয়ৎ পরিমাণে নির্গত হইলে জরায়ুর আয়তন কমিয়া আইসে ; জরায়ু পুরু হইয়া পড়ে। তখন ইহা জোরে সঙ্কুচিত হইতে পারে এবং জরায়ুমুখও শীঘ্র বিস্ফারিত হইয়া থাকে। জরায়ু-সঙ্কোচন প্রসবপথের সমান্তরভাবে কার্য্য না করিলে তাহার কারণ নির্দ্দেশ করিয়া তাহা বিদূরিত করা আবশ্যক। অসের মুখ বিস্ফারণশীল না থাকিলে ঔষধপ্রয়োগ আবশ্যক হইয়া পড়ে। এই সকল বিষয় বিলম্বিত প্রসব-বর্ণন-কালে বিশেষরূপে বর্ণিত হইবে।

নিম্ন অন্ত্রে মল আবদ্ধ থাকিলে এনিমা দ্বারা তাহা নিঃসারিত করিয়া দেওয়া আবশ্যক। মল নিঃসারিত হইবার পর অনেক সময় বেদনার বল বৃদ্ধি পায় এবং প্রসব পূর্ব্বাপেক্ষা দ্রুত অগ্রসর হইতে থাকে। ব্ল্যাডারে মূত্র থাকিলে তাহা নিঃসারিত করা আবশ্যক। বমনেচ্ছা বা বমন হইতে থাকিলে স্ফোটনশীল পানীয়, লেমনেড সোডা-ওয়াটার প্রভৃতি সেবন করিতে দিলে তাহার উপশম হইতে পারে ; কিন্তু অনেক স্থলে কোন চিকিৎসা আবশ্যক হয় না। জরায়ুমুখ পূর্ণ বিস্ফারিত হইয়া আসিলেই বমন থামিয়া যায়। কম্পন ও রাইগার থাকিলেও গর্ভিণীকে সাহায্য করিতে হয়। এই সকল লক্ষণ দেখিয়া প্রসবিণী ও তাঁহার আত্মীয়স্বজন ভীত হইতে পারেন ; এইজন্য তাঁহাদিগকে এই সমুদায় লক্ষণের কারণ নির্দ্দেশ করিয়া দেওয়া আবশ্যক। এই ক্রমে, বিশেষতঃ ইহা দীর্ঘ হইয়া পড়িলে সুপাচ্য ও বলকারক আহার্য্য দ্রব্য অল্প অল্প পরিমাণে প্রয়োগ করিতে হয়।

দ্বিতীয় ক্রম।—এই ক্রমে চিকিৎসক অথবা ধাত্রীর সাহায্য বিশেষ আবশ্যক হইয়া থাকে এবং ইহার আরম্ভ হইলেই প্রসবিণীকে শায়িত অবস্থায় রাখিতে হয়। তবে যদি বেদনা মৃদুভাবে এবং অধিকক্ষণ অন্তর প্রকাশ পাইতে থাকে, প্রসবিণী বসিয়া থাকিতে, এমন কি শয্যার নিকট ধীরে ধীরে বেড়াইতেও পারেন। বেদনার এরূপ অবস্থায় প্রসবিণী বসিয়া থাকিলে ভ্রূণের গুরুত্ববশতঃ যোনিস্থিত স্নায়ুসমূহের উপর চাপ পড়িয়া থাকে ; তাহাতে জরায়ুর সঙ্কোচন বৃদ্ধি পাইবার সম্ভাবনা। এইজন্য দ্বিতীয় ক্রম দীর্ঘকালস্থায়ী হইবার সম্ভাবনা

থাকিলে প্রসবিণীকে বসিতে বা দাঁড়াইতে দেওয়া আবশ্যক। কিন্তু বেদনা অতিশয় প্রবল, ঘন ও দীর্ঘকালস্থায়ী হইলে জরায়ুমুখ পূর্ণ বিস্ফারিত হইবার পূর্ব্বেই প্রসবিণীকে শায়িত করিতে হয়। এই ক্রমের আদ্যোপান্ত কাল কেবল এক পার্শ্বে শুইয়া থাকিলে প্রসবিণীর অত্যন্ত কষ্ট হইতে পারে; এইজন্য মধ্যে মধ্যে তাঁহার পার্শ্ব পরিবর্ত্তন, অথবা চিত হইয়া শয়ন আবশ্যক হইয়া পড়ে, কিন্তু শিশুর বহির্নিঃসরণের কাল নিকট হইয়া আসিলে তাঁহাকে সচরাচর বামপার্শ্বে শায়িত করা হয় *।

---

* ভিন্ন ভিন্ন দেশে প্রসবিণীগণ প্রসবকালে ভিন্ন ভিন্ন প্রণালীতে আসীন হইয়া থাকেন। অধুনা যে সকল দেশ সভ্য বলিয়া গণ্য, পুরাকালে তথায় গর্ভিণীরা বসিয়া প্রসব করিতেন। ওল্ড টেষ্টমেণ্টে বর্ণিত আছে যে, মিশরে পূর্ব্বে ঐরূপ প্রণালী প্রচলিত ছিল; চারি শত বৎসর পূর্ব্বে ফ্রান্সেও যে, ঐরূপ প্রথা বিশেষ প্রচলিত ছিল, তদ্বিষয়ে বহুল বিবরণ পাওয়া যায়। ডাক্তার এম্ব্রোসি পেরী ১৫৭৩ খৃষ্টাব্দে এক প্রকার আনতপৃষ্ঠ প্রসব কেদেরার বিষয় লিখিয়া গিয়াছেন। সাধারণ শয্যা অপেক্ষা ঐরূপ আসন তাঁহার অধিক মনোনীত ছিল। ইংলণ্ডে সাধারণতঃ ঐরূপ প্রসবপ্রথা প্রচলিত ছিল বলিয়া বোধ হয় না এবং তদ্বিষয়ে কোন লিখিত বর্ণনাও দেখিতে পাওয়া যায় না। তবে যে গ্রেট ব্রিটনের রমণীগণ আদৌ বসিয়া প্রসব করিতেন না, তাহা বলা যাইতে পারে না। এখনও আয়লণ্ডের কোন কোন স্থলে প্রসবিণীরা অপর ব্যক্তির জানুদ্বয়ের উপর উপবেশন করিয়া প্রসব করিয়া থাকেন। সচরাচর তাঁহারা স্ব স্ব স্বামীকেই উক্ত প্রকার আশ্রয়রূপে অবলম্বন করেন। অষ্টাদশ শতাব্দীর প্রারম্ভ কালে ইউরোপের অনেক স্থলে প্রসবের জন্য এক প্রকার কাষ্ঠাসন প্রচলিত ছিল, কিন্তু এক্ষণে তাহার ব্যবহার প্রায় সকল স্থানেই রহিত হইয়াছে। এতদ্দেশীয়া ধাত্রীরা প্রসবিণীকে অনেক স্থলে সম্মুখে একজনের উপর ভর দিয়া উঁচু করিয়া বসাইয়া থাকে। এরূপ আসনকে কাঁতে বসান বলে। কিন্তু এ প্রথা ক্রমে ক্রমে তিরোহিত হইতেছে। অধুনা ফ্রান্সের প্রসবিণীরা প্রসব কালে শয্যার উপর চিত হইয়া শয়ন করেন। আমেরিকার সভ্য প্রদেশ সমূহেও গর্ভিণীকে উত্তান ভাবে শায়িত করিয়া প্রসবকার্য্য সম্পাদিত করা হয়। ইদানিং ইংলণ্ডে প্রসবিণীরা সচরাচর শয্যার দক্ষিণ প্রান্তে বটক রাখিয়া জানুদ্বয় গুটাইয়া বাম কাতে শয়ন করিয়া থাকেন। এরূপ অবস্থায় মধ্যস্থলে একটী বালিশ রাখিয়া জানুদুটীকে পৃথক্ করিয়া রাখা যাইতে পারে। প্রসবিণীকে এইরূপে বামপার্শ্বে শায়িত করিলে পরীক্ষা করিবার সুবিধা হয়; ভ্রূণের মস্তক নিঃসরণকালে পেরিনিয়মের অবস্থা সম্যক পরীক্ষিত হইতে পারে, পেরিনিয়মের উপর ভ্রূণমস্তকের ভর না পড়াতে পেরিনিয়ম ছিঁড়িয়া যাইবার সম্ভাবনা কমিয়া যায় এবং প্রসবিণীর গুহ্যাংশ সমূহ বেশী প্রকাশিত হইতে পায় না।

বেদনার মৃদুতা বা কঠোরতা স্থির করিতে হইলে প্রসবিণীর বর্ণনার উপর সম্পূর্ণ নির্ভর করা যাইতে পারে না। কেননা যে সকল প্রসবিণীর সহনশীলতা কম, প্রায় তাঁহারা অল্প বেদনাতেই কাতর হইয়া পড়েন এবং যাঁহাদের তাহা অধিক, তাঁহারা উৎকট বেদনাতেও অধিক কষ্ট অনুভব করেন না; এইজন্য অভ্যন্তরীণ পরীক্ষাদ্বারা বেদনার প্রকৃত অবস্থা নির্ণয় করা আবশ্যক।

এই ক্রমে আনুষঙ্গিক প্রসব-বল উদ্ভাবিত হয়, এবং বেদনা সন্তাড়ক ভাবাপন্ন হইয়া থাকে। একটি কঠিন পদার্থ প্রসবপথ বিস্ফারিত করিয়া নামিতেছে, প্রসবিণী তাহা বেশ বুঝিতে পারেন। বেদনাকালে তিনি কোঁত দিয়া তাহা নামাইতে চেষ্টা করেন। গর্ভিণীর এইরূপ উদ্যমে প্রসব-বল যাহাতে অনর্থক ব্যয়িত না হইতে পারে, তদ্বিষয়ে চিকিৎসকের দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। আনুষঙ্গিক প্রসব-বল কিয়ৎপরিমাণে প্রসবিণীর আয়ত্তাধীন; তিনি স্বেচ্ছানুসারে ইহা বাড়াইতে ও কমাইতে পারেন। চিকিৎসককে তাহা আবশ্যক মত নিয়ন্ত্রিত করিয়া লইতে হয়। যদি বেদনা অতীব উৎকট বলিয়া বোধ হয়, বেদনাকালে গর্ভিণীকে কথা কহাইতে পারিলেই আনুষঙ্গিক প্রসব-বল কমিয়া আইসে; আবার সেইরূপ বেদনা মৃদু হইলে প্রসবিণীকে শ্বাসরুদ্ধ করিয়া কুন্থন করিতে বলিলে এই বলের বৃদ্ধি হইয়া থাকে। এই ক্রমে আনুষঙ্গিক প্রসব-বল সম্যক্‌রূপে উদ্ভাবিত হইতে এবং কার্য্য করিতে পারে; এইজন্য এই সময়ে খাটের পায়ায় একখানি তোয়ালে, বা কাপড় বাঁধিয়া দিলে, গর্ভিণী তাহা ধরিয়া দেহ স্থির—বিশেষতঃ চোষ্টগহ্বর দৃঢ় ও বিস্ফারিত রাখিয়া বেগ দিয়া থাকেন। তৎসঙ্গে আবার পদদ্বয় শয্যার অপর প্রান্তে সংলগ্ন রাখিতে পারিলে প্রসবিণী আপন দেহকে আরও স্থির ও দৃঢ় রাখিতে পারেন।

প্রথম ক্রম অপেক্ষা দ্বিতীয় ক্রমে বিঘ্ন হইবার অধিক সম্ভাবনা। দ্বিতীয় ক্রম বিলম্বিত হইলে মাতা ও শিশু উভয়েরই বিপদ ঘটিতে পারে। এইজন্য প্রসব সম্যক্‌রূপে অগ্রসর হইতেছে কিনা, ইহার গতিতে কোনরূপ অস্বাভাবিক ভাব আসিয়া পড়িবার সম্ভাবনা আছে কিনা, কেবল প্রকৃতির উপর নির্ভর করিলেই শিশু বহির্নিঃসৃত হইবে

কিনা এবং কোন্ সময়ে কৃত্রিম সাহায্য আবশ্যক, এই সকল বিষয় অনুধাবন করিয়া স্থির করা চিকিৎসক মাত্রেরই একান্ত কর্ত্তব্য। বিলম্বিত প্রসব-বর্ণন কালে এই সকল বিষয় বিশেষরূপে বর্ণিত হইবে। তবে এস্থলে এইমাত্র বলা আবশ্যক যে, কোনরূপ বিঘ্ন উপস্থিত হইয়া স্বাভাবিক প্রসব কার্য্যের ব্যতিক্রম ঘটাইবার সম্ভাবনা থাকিলে, সত্বর তাহার প্রতিবিধান করা আবশ্যক। এইজন্য প্রসব-পথের অবস্থা, বেদনার বল ও ইহার কার্য্যফল পরীক্ষা এবং কোন আনুষঙ্গিক উপসর্গ থাকিলে তাহার নিবারকরণের নিমিত্ত দ্বিতীয় ক্রমে আবশ্যক-মত ঘন ঘন অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য। জলমুচি ভাঙ্গিলেই একবার সম্যক্‌রূপে অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা করিতে হয়। জরায়ুমুখ পূর্ণ বিস্ফারিত হইলেও কখন কখন এমনিয়ম থালী আপনহইতে বিচ্ছিন্ন হয় না। বেদনা-কালে ইহা বিস্ফারিত হইলে ইহার উপর টান পড়ে; তখন নখ কিম্বা কোন একটী তীক্ষ্ণ পদার্থদ্বারা তাহা অতি সাবধানে বিদীর্ণ করিয়া দিতে হয়। জলমুচি ভাঙ্গিলেই সুচার্স ও ফণ্টিনেলিস সম্যক্‌রূপে পরীক্ষা করিতে পারা যায়; তাহাতে শিশুর আসন বা স্থিতি সুচারুরূপে পরীক্ষা করা সহজ হইয়া উঠে। ভ্রূণরজ্জু মাথার নীচে আসিয়া পড়িলে এই সময় তাহা স্পষ্ট বুঝিতে পারা যায়। মস্তক প্রসবপথে চাপিয়া আসিলে ভ্রূণরজ্জু জরায়ু-গহ্বরে সহজে প্রবেশিত করিতে পারা যায় না, এবং ভ্রূণের শোণিত-সঞ্চালন বন্ধ হইয়া ইহার জীবন শীঘ্র সঙ্কটাপন্ন হইয়া পড়ে। এইজন্য জলমুচি ভাঙ্গিবার পর রজ্জু নামিয়া পড়িয়াছে কি না, তাহা জানিবার জন্য পরীক্ষা করা আবশ্যক এবং নামিয়া পড়িলে তাহা জরায়ু-গহ্বরে প্রবেশিত করিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য। পূর্ব্বে লিখিত হইয়াছে যে, জরায়ুমুখের সম্মুখ ওষ্ঠের বিস্ফারণে অপেক্ষাকৃত অধিক সময় লাগে। ইহা বিস্ফারিত হইবার পূর্ব্বে শিশুর মস্তক নামিয়া আসিলে তাহা কোন কোন সময় ওষ্ঠকে পিউবিসের বিরুদ্ধে চাপিয়া ধরে; তাহাতে ওষ্ঠ আবদ্ধ হইয়া স্ফীত হইয়া উঠে। তখন ইহা শিশুর মস্তক হইতে সহজে স্খলিত হইতে পারে না এবং ক্রমাগত পেষিত হইয়া অনেক দূর পর্য্যন্ত নামিতে থাকে।

জরায়ুমুখের সম্মুখ ওষ্ঠ সঙ্কাপিত ও স্ফীত হইয়া উঠিলে তাহা শিশুর মাথার উপর তুলিয়া দেওয়া আবশ্যক। তিন চারিটী অঙ্গুলি একত্রে প্রসারিত করিয়া বেদনার বিরামকালে ওষ্ঠের নিম্নে চাপ দিয়া তুলিয়া রাখিতে হয়; তাহার পর বেদনা আসিলে মস্তক নামিয়া আইসে এবং ওষ্ঠ উপরে থাকিয়া যায়। সম্মুখ ওষ্ঠ এইরূপে না তুলিয়া দিলে প্রসবের বাধা উৎপাদন করে এবং ইহা অনেকক্ষণ আবদ্ধভাবে থাকিলে প্রদাহিত ও আরও গুরুতররূপে আহত হইতে পারে।

দ্বিতীয় ক্রম বিলম্বিত হইলে মধ্যে মধ্যে শিশুর হৃৎপিণ্ডের শব্দ পরীক্ষা করিয়া ভ্রূণের অবস্থা স্থির করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। ভ্রূণের চাপে জানু ও পায়ের ডিমে খীল ধরিলে এবং কটিদেশে অতিশয় যন্ত্রণা বোধ হইলে তাহার চিকিৎসা নিতান্ত প্রয়োজনীয়। অনেক সময় এই সকল স্থলে টিপিয়া বা হাত বুলাইয়া দিলে যন্ত্রণা প্রশমিত হইয়া থাকে। স্থল বিশেষে কোন প্রকার "এনোডাইন লিনিমেণ্ট" প্রয়োগ করিতে হয়। কোন কোন স্থলে গর্ভিণীর মস্তিষ্কীয় লক্ষণ উৎপাদিত হওয়াতে তাঁহার মস্তকে শৈত্যপ্রয়োগ আবশ্যক হইয়া পড়ে এবং বমি ও তৃষ্ণা নিবারণের নিমিত্ত কোন প্রকার শীতল পানীয় দ্রব্য বা লেমনেড্, সোডা প্রভৃতি কোন প্রকার স্ফোটনশীল জল প্রদত্ত হইয়া থাকে। এই সময়ে গর্ভিণীর প্রায়ই কোন আহারীয় দ্রব্যে লালসা দেখিতে পাওয়া যায় না। কিন্তু দ্বিতীয় ক্রম বিলম্বিত হইবার সম্ভাবনা থাকিলে দুগ্ধ, মাংসের কাথ, সাগু, আরোরুট, প্রভৃতি সুপাচ্য ও বলকারক দ্রব্য অল্পে অল্পে খাওয়াইতে হয়। উষ্ণ ও উত্তেজক পানীয় বা খাদ্যদ্রব্য প্রয়োগ করিলে ভ্রূণ-নিঃসারণের পর শোণিত-নিঃস্রব উৎপাদিত বা বর্দ্ধিত হইবার সম্ভাবনা, এইজন্য তাহা এই সময়ে কোন বিশেষ কারণ বশতঃ আবশ্যক না হইলে পরিত্যাগ করা বিধেয়।

প্রসবের শেষ ভাগে "এক্স্টেন্সনের" পর শিশুর মস্তক বহির্নির্গত হয়; তাহাতে পেরিনিয়ম সাতিশয় বিস্ফারিত হইয়া থাকে এবং কক্সিক্স্ পশ্চাদ্ভাগে তাড়িত হওয়াতে বস্তিগহ্বরের বহির্দ্বারের আয়তন বাড়িয়া উঠে। পেরিনিয়ম বিস্ফারিত হওয়াতে বিচ্ছিন্ন হইতে

পারে। প্রথম প্রসবে ইহা প্রায়ই অধিক বা অল্প পরিমাণে বিচ্ছিন্ন হইয়া থাকে। এইজন্ত প্রসবের শেষ ভাগে পেরিনিয়ম যাহাতে সহজে বিস্ফারিত হইতে পারে, অথচ বিচ্ছিন্ন না হয়, এরূপ উপায় অবলম্বন করা আবশ্যক। দৃঢ়তা প্রযুক্ত পেরিনিয়ম সহজে বিস্ফারিত না হইলে ইহার উপর সেক দেওয়া যাইতে পারে। একখানি স্পঞ্জ কিম্বা খানিকটা পশমি কাপড় গরম জলে ভিজাইয়া পেরিনিয়মের উপর ক্রমাগত সেক দিলে ইহার বিস্ফারণে সহায়তা করা হয়। অভ্যন্তরীণ চাপের প্রাখর্য্যে পেরিনিয়ম ছিঁড়িয়া যাইবার সম্ভাবনা থাকিলে ইহার রক্ষার্থ উপায় অবলম্বন করা আবশ্যক। এইজন্য ভ্রূণমস্তকের চাপে যখন পেরিনিয়ম অতিশয় বিস্ফারিত হইতে থাকে, তখন পেরিনিয়মের উপর দক্ষিণ করতল স্থাপন পূর্ব্বক ইহার অঙ্গুষ্ঠ ও তর্জ্জনী দ্বারা যোনির দুই পার্শ্ব ধারণ করিয়া মৃদু চাপে পেরিনিয়মকে সম্মুখভাগে শিশুর মাথার দিকে ঠেলিয়া আনিলে পেরিনিয়ম বিচ্ছিন্ন হইবার সম্ভাবনা কমিয়া যায়। ভ্রূণমস্তকের অবতরণ মন্দীভূত করিবার প্রয়োজন হইলে অঙ্গুলিদ্বয়ের অগ্রভাগ ইহার উপর স্থাপন করিয়া চাপ দিয়া নিঃসারক বলের বিপক্ষে কার্য্য করা আবশ্যক।

শিশুর ধড়, বিশেষতঃ ইহার স্কন্ধদেশ বহির্নিঃসৃত হইবার কালে মাতার পেরিনিয়ম বিচ্ছিন্ন হইতে পারে, এইজন্য এই সময়েও পেরিনিয়ম রক্ষা করা আবশ্যক।

শিশু ভূমিষ্ঠ হইবামাত্র মাতা ও শিশু উভয়েরই প্রতি চিকিৎসকের দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য। তাহা না করিয়া কেবল একের প্রতি মনোনিবেশ করিলে অন্যের জীবন বিপন্ন হইবার সম্ভাবনা। এই সময়ে স্বভাবতঃ শিশুরই প্রতি মন নিবিষ্ট হইবার সম্ভাবনা; তাহাতে সময়ে সময়ে মাতার জীবন সাতিশয় সঙ্কটাপন্ন হইয়া পড়ে। এই সময় অতি গুরুতর। এই সময়ে চিকিৎসকের কৌশল ও প্রত্যুৎপন্নমতি প্রভূত পরিমাণে প্রয়োজনে আইসে। স্থানান্তরে শিশুর সংরক্ষা ও শুশ্রূষার বিষয় যথাস্থানে লিখিত হইবে। শিশুর বহির্নিঃসরণের পরক্ষণেই এবডোমেনের উপর হস্তস্থাপন পূর্ব্বক পরীক্ষা করিয়া দেখা আবশ্যক যে, জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত হইয়াছে, অথবা

তন্মধ্যে আর একটী ভ্রূণ আছে কি না। জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত থাকিলে, ইহার সঙ্কোচন-রক্ষার ভার ধাত্রী অথবা সুদক্ষ পরিচারিকার উপর ন্যস্ত করিয়া চিকিৎসক শিশুর সংরক্ষায় প্রায় সম্পূর্ণরূপেই মনোনিবেশ করিতে পারেন; কিন্তু এরূপ স্থলেও মাতার উপর দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য। জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত না থাকিলে অথবা প্রসবান্তরীয় শোণিতস্রাবের অন্য কোন সম্ভাবনা দেখা গেলে এক মাত্রা আর্গট (তরলসার ২০ হইতে ৩০ মিনিম পরিমাণে) তৎক্ষণাৎ প্রয়োগ করিতে হয়। আবশ্যক হইলে এই ঔষধের পুনঃপ্রয়োগ বিধেয়।

রজ্জুচ্ছেদন।—নাভিরজ্জুচ্ছেদনকে এদেশে সচরাচর নাড়ীকাটা কহে। শিশু ভূমিষ্ঠ হইয়া পূর্ণশ্বাস লইতে পারিলেই প্রায় কাঁদিয়া উঠে। নিশ্বাসপ্রশ্বাস কার্য্যে প্ল্যাসেন্টার শোণিত শিশুর দেহে সম্যক্‌রূপে আকৃষ্ট হয়, তাহাতে শিশুর শোণিতপরিমাণ বৃদ্ধি পাইয়া থাকে। এইজন্য কোন্ কারণে সত্বর নাড়ীকাটা আবশ্যক না হইলে পূর্ণশ্বাস কার্য্যের আরম্ভ পর্য্যন্ত অপেক্ষা করা ভাল। নাড়ী কাটিবার অগ্রে শিশুর নাভিকূপ হইতে ১½ বা ২ ইঞ্চ দূরে মোটা সূতা কিম্বা সরু ফিতা দ্বারা নাভিরজ্জুতে একটী বন্ধনী দেওয়া আবশ্যক। বন্ধনী এরূপ দূরে সংস্থাপিত হইলে, প্রয়োজন বোধে নাভির দিকে আর একটী বন্ধনী দেওয়া যাইতে পারে। নাভির নিতান্ত নিকটে বন্ধনী স্থাপন করিলে যদি দৈবাৎ তাহা খুলিয়া যায়, তাহা হইলে আবার বন্ধনীস্থাপনের স্থান থাকে না; এতদ্ব্যতীত "অম্বিলাইক্যাল হার্ণিয়া" অর্থাৎ অন্ত্রবৃদ্ধি থাকিলে তাহাও এই বন্ধনীর অন্তর্নিবিষ্ট হইতে পারে। নাভিরজ্জু হইতে যাহাতে শোণিত নিঃসারিত হইতে না পায়, এইজন্য উপযুক্ত দৃঢ়তা সহকারে তাহা বন্ধন করিতে হয়। বন্ধনের সময় দুইটি হস্তই মুষ্টিবদ্ধ করিয়া উভয় মণিবন্ধই পরস্পরের সম্মুখভাবে একত্র স্থাপন করা কর্ত্তব্য। তাহার পর দুই হস্তেরই অঙ্গুষ্ঠ ও তর্জ্জনী দ্বারা বন্ধনরজ্জুর দুই পার্শ্ব ধারণ করিয়া যথোচিত পরিমাণে টান দেওয়া আবশ্যক। এরূপ করিলে গ্রন্থি যথেষ্ট দৃঢ়ীভূত হয় এবং বন্ধনরজ্জুও হঠাৎ ছিঁড়িয়া গিয়া নাভিরজ্জুর উপর টান পড়িবার, অথবা ইহার ছিঁড়িয়া যাইবার কোন সম্ভাবনা থাকে না।

প্রথম বন্ধনীর ১২ ইঞ্চ দূরে আর একটী বন্ধনী স্থাপন করা আবশ্যক। এই বন্ধনী স্থাপন করিবার পূর্ব্বে প্রথম বন্ধনীর পর হইতে শোণিত অঙ্গুলি দ্বারা চাপিয়া পবিস্রবের দিকে চালিত করিতে হয়। এরূপ না করিয়া রজ্জু বাঁধিলে দুইটী বন্ধনীর মধ্যস্থলে যে শোণিত থাকিয়া যায়, নাড়ী কাটিবা মাত্র তাহা নির্গত হইয়া পড়ে। দ্বিতীয় বন্ধনী দ্বারা রজ্জুর পরিস্রবমুখ আবদ্ধ হইয়া থাকে, ইহাতে প্ল্যাসেণ্টার শোণিত বাহির হইতে না পাওয়ায়, ইহার আয়তন কমিতে পায় না, আয়তন না কমাতে প্ল্যাসেণ্টা সহজে জরায়ুপ্রাচীর হইতে বিশ্লিষ্ট এবং গহ্বর হইতে নিঃসারিত হইয়া থাকে। এতদ্ব্যতীত জরায়ু মধ্যে দ্বিতীয় ভ্রূণ থাকিলে তাহার নাভিরজ্জু প্রথম ভ্রূণের পবিস্রবে সংস্থাপিত থাকিতে পারে, তন্নিমিত্ত রজ্জুতে দ্বিতীয় বন্ধনী না দিলে পাবিস্রবিক শোণিত নিঃসারিত হইয়া দ্বিতীয় ভ্রূণের জীবন বিপন্ন করিয়া তুলে। এই সকল কারণে নাভিরজ্জুতে দুইটী বন্ধনী দেওয়া একান্ত আবশ্যক। এই বন্ধনীদ্বয়ের মধ্যে রজ্জুচ্ছেদন করিতে হয়। বন্ধনীর অতি নিকটে রজ্জু কাটিলে বন্ধনী সরিয়া আসিয়া স্খলিত হইবার সম্ভাবনা।

রজ্জুচ্ছেদন কালে চিকিৎসক উহা স্বীয় এক হস্তের তলদেশে স্থাপন করিবেন এবং অপর হস্তে একখানি কাঁচি লইয়া কাটিবেন। এরূপ সতর্কতা অবলম্বন না করিলে শিশুর হস্তাদি হঠাৎ অস্ত্রের উপর পড়িয়া আহত হইতে পারে। কাঁচি খানি খুব ধারাল না হইলেই ভাল। তীক্ষ্ণধার না হইলে তাহার সঙ্কাপে রজ্জুর রক্তবহা নালী সমুদায় কাটিয়া যাইবার কালে পেষিত হইয়া মুচড়াইয়া যাইতে পারে। নাভিরজ্জু এইরূপে ছেদিত হইলে শোণিতস্রাব বন্ধ করিতে সহায়তা করে। নাভিরজ্জু না কাটিয়া কেবল টানিয়া ছিঁড়িয়া ফেলিলেও হইতে পারে। উভয় হস্তের তর্জ্জনীতে রজ্জু জড়াইয়া জোরে মধ্যস্থলে ছিঁড়িয়া ফেলিলে বিচ্ছিন্ন নালী সমুদায় কুঞ্চিত হইয়া পড়ে; তাহাতে শোণিতস্রাব রোধ করা যাইতে পারে। ডাক্তার টিকেন এই মতের পোষকতা করেন। কিন্তু সাধারণতঃ যে প্রণালীতে রজ্জু ছেদিত হইয়া থাকে, তাহাই ভাল। তাহা সকলেই সহজে করিতে পারে এবং নিয়মিতরূপে সম্পাদিত হইলে শোণিতস্রাবের সম্ভাবনা থাকেনা।

নাভিরজ্জুচ্ছেদনের পর শিশুকে একখানি গরম কাপড়ে আচ্ছাদিত করিয়া নিকটস্থ কোন ব্যক্তির হস্তে তাহার সংরক্ষার ভার অর্পণ পূর্ব্বক চিকিৎসক মাতার উপর সম্পূর্ণরূপে মনোনিবেশ করিতে পারেন।

তৃতীয় ক্রম।

এই ক্রমের চিকিৎসাপ্রকরণও অতি সাবধানে ও সতর্ক ভাবে সম্পন্ন করিতে হয়। কোন কোন স্থলে শিশু ভূমিষ্ঠ হইবার অব্যবহিত পরেই পরিস্রব নির্গত হইয়া থাকে, এমন কি কোথাও বা শেষ বেদনাতেই তাহা শিশুর সহিত বহির্নিঃসৃত হয়। ভ্রূণ নিঃসরণের পর সচরাচর জরায়ু অল্পভাবে ফুলের উপর কুঞ্চিত হইতে থাকে; তাহাতে জরায়ুর আয়তন পূর্ব্বাপেক্ষা কমিয়া আইসে। এইরূপে ১০।১৫ মিনিট অতিবাহিত হয়; তাহার পর জরায়ু আবার প্রবল প্রসববেদনাভাবাপন্ন হইয়া ফুল বহির্নিঃসারিত করিয়া দেয়। জরায়ু সঙ্কোচনে ফুল সম্যক্ নিঃসারিত না হইয়া কখন কখন যোনির অভ্যন্তরে আসিয়া আবদ্ধ হইয়া পড়ে; তাহাতে যোনি সঙ্কুচিত হইতে থাকে এবং বেদনা কুন্থন বা সন্তাড়ক ভাবাপন্ন হয়। যোনির সঙ্কোচনজনিত নিঃসারক-বল অল্প; কেবল ইহা দ্বারাই ফুল নিঃসারিত হইতে অনেক সময় লাগে; এইজন্য যোনিতে হস্ত প্রবেশিত করিয়া ফুল নিঃসারিত করা কর্ত্তব্য। পরিস্রবের বহির্নির্গমনে বিলম্ব হইলে পূর্ব্বে সচরাচর নাভিরজ্জু টানিয়া তাহা বাহির করা হইত; কিন্তু এরূপ প্রক্রিয়ায় বিপৎপাতের বিশেষ সম্ভাবনা। ফুল জরায়ুপ্রাচীর হইতে বিযুক্ত হইয়া স্বভাবতঃ যে ভাবে বহির্নির্গত হইয়া থাকে, পূর্ব্বে তাহা বর্ণিত হইয়াছে ১। প্রয়োজন বোধে এস্থলেও তাহা সন্নিবেশিত হইল।

বিযুক্ত "ফুল" জরায়ু হইতে স্বভাবতঃ যে ভাবে নির্গত হইয়া থাকে, তৎসম্বন্ধে ডাক্তার ডানকান্ বহু সন্দর্শন করিয়াছেন। বিশ্লিষ্ট পরিস্রব জরায়ুর সঙ্কোচন-চাপে ভাঁজিয়া পড়ে এবং জরায়ু-মুখ দ্বারা নামিতে

১। ১৬৮ পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য।

থাকে। ফুলের ভাঁজ বা পাটগুলি ঊর্দ্ধাধোভাবে অর্থাৎ জরায়ুর দীর্ঘ পরিধির সহিত সমান্তর ভাবে হইতে দেখা যায়। পরিস্রবের নিম্ন কিনারা প্রথমে জরায়ুমুখে প্রবেশ করে এবং ক্রমে ক্রমে নির্গত হইয়া থাকে। বিযুক্ত হইবার পূর্ব্বে ফুলের যে পার্শ্ব জরায়ু-প্রাচীরে সংলগ্ন থাকে, নির্গত হইবার কালে সেই পার্শ্ব প্রায়ই নিম্নে আসিতে দেখা যায়। ফুলের যে দিকে ভ্রূণরজ্জু থাকে, তৎকালে তাহা ঊর্দ্ধদিকে যাইয়া পড়ে। এবডোমেন-প্রাচীরের উপর হস্ত দ্বারা চাপ দিয়া ফুলনিঃসরণে সহায়তা করিলেও পরিস্রব উক্তরূপে নির্গত হইয়া থাকে। কিন্তু রজ্জু টানিয়া ফুল নিঃসারিত করিলে তাহা কিনারা দিয়া বহির্গত হয় না। রজ্জুর আকর্ষণে জরায়ুগহ্বরের অভ্যন্তরেই ফুলের ভ্রূণপার্শ্ব নিম্নভাগে আসিয়া পড়ে এবং পরিস্রব একটী আবদ্ধ ছত্রের ন্যায় হইয়া জরায়ুমুখ দিয়া নির্গত হইয়া থাকে। পিচকারীর পিষ্টন টানিলে যেমন সিলিণ্ডরের ভিতর শূন্যতা সাধিত হইয়া শোষণক্রিয়া সমুৎপাদিত হয়; রজ্জু দ্বারা আকৃষ্ট হইলে পরিস্রব আবদ্ধ ছত্রাকারে জরায়ুমুখ চাপিয়া জরায়ুগহ্বরের অভ্যন্তরে সেইরূপ শূন্যতা সম্পাদন করিয়া শোষণ-ক্রিয়া উৎপাদিত করিয়া থাকে। তাহাতে জরায়ু-প্রাচীর হইতে শোণিত-নিঃসরণ বৃদ্ধি পায়। কিন্তু ফুল স্বাভাবিক প্রণালীতে নির্গত হইলে নির্গমনকালে তাহা জরায়ুমুখ আবদ্ধ করিয়া নির্গত হয় না; এবং তাহাতে জরায়ু-গহ্বরে শোষণক্রিয়া উৎপাদিত না হওয়ায় শোণিত-নিঃস্রব বৃদ্ধি পায় না।

ইহাতে স্পষ্ট অনুভূত হইতেছে যে, রজ্জু টানিয়া ফুল বাহির করিলে শোণিতনিঃস্রব সাধিত বা পরিবর্দ্ধিত হইতে পারে, জরায়ুর উপর চাপ দিয়া ফুল স্বাভাবিক প্রণালীতে নিঃসারিত করিলে সেরূপ বিপদের আশঙ্কা করিয়া যায়। এতদ্ব্যতীত রজ্জু টানিলে ইহা ছিঁড়িয়া যাইতে পারে এবং সময়ে সময়ে জরায়ু "ইনভার্টেড" বা বিপর্য্যস্ত হইবারও সম্ভাবনা। এইজন্য ফুল-নিঃসরণে বিলম্ব হইলে এবডোমেনের উপর করতল স্থাপন পূর্ব্বক জরায়ুকে সম্যক্‌রূপে ধারণ করিয়া চাপ প্রদান করিতে হয়। তাহা না করিয়া অসাবধানতা সহকারে কেবল জরায়ু ফণ্ডাসের উপর চাপ প্রদান পূর্ব্বক তাহা

নিম্নভাগে চালিত করিলে অনিষ্ট হইবার সম্ভাবনা। কখন কখন জরায়ু একহস্তে সম্যক্‌রূপে ধরিয়া উঠা যায় না; দুই হস্ত প্রয়োগ করিতে হয়। একহস্ত জরায়ুর পশ্চাতে এবং অপর হস্ত তাহার সম্মুখে ন্যস্ত করিয়া সময়ে সময়ে জরায়ু ধারণ আবশ্যক হইয়া পড়ে। পরে জরায়ু কুঞ্চিত হইয়া আসিলে ইহা একহাতে সুচারুরূপে ধরিতে পারা যায়; তখন আর দুই হাতের প্রয়োজন হয় না। এরূপ করিলে সঙ্কোচন সংরক্ষা ও সম্বর্দ্ধন করা হয় এবং চাপজনিত কোন রূপ বিঘ্নেরও সম্ভাবনা থাকে না। তবে জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত থাকিলে ফুল-নিঃসরণের সাহায্যার্থ নাভিরজ্জু কিয়ৎ-পরিমাণে টানিতে পারা যায়; জরায়ু নিয়মিতরূপে কুঞ্চিত থাকাতে রজ্জুর আকর্ষণে শোণিতস্রাবের সম্ভাবনা নিতান্ত কম। এই সকল উপায়ে ফুল নিঃসারিত না হইলে জরায়ুর অভ্যন্তরে হস্ত প্রবেশন পূর্ব্বক হাতের কিনারা প্ল্যাসেণ্টা ও জরায়ু-প্রাচীরের মধ্যে চালিত করিয়া ফুল বিযুক্ত করিতে হয়। তাহার পর ইহা সহজে বহির্নিঃসারিত হইয়া থাকে। *ফুল যোনির মধ্যে আসিলে হস্ত দ্বারা ইহা ঘুরাইয়া ঘুরাইয়া* বাহির করা আবশ্যক; এরূপ করিলে পবিস্রবের ঝিল্লি সমূহ জড়াইয়া গিয়া রজ্জুর মত নির্গত হইয়া থাকে,—ছিঁড়িয়া গিয়া জরায়ুগহ্বরে থাকিবার সম্ভাবনা কমিয়া যায়। পবিস্রব নির্গত হইলে তাহা সমস্ত ঝিল্লি সমেত নিঃশেষে নিঃসারিত হইয়াছে কি না তাহা পরীক্ষা করিয়া দেখা আবশ্যক।

শিশু ভূমিষ্ঠ হইবার পর অধিক শোণিত নিঃসৃত হইতে থাকিলে অবিলম্বে ফুল বহির্নিঃসারিত এবং জরায়ু যাহাতে সম্যক্ সঙ্কুচিত হয়, অচিরে তদুপযোগী উপায় অবলম্বন করা বিধেয়। ফুলের সত্বর নির্গমন আবশ্যক না হইলে তাহা বহির্নিঃসারিত করিবার পূর্ব্বে ১৫।২০ মিনিট অপেক্ষা করা আবশ্যক।

ফুল নিঃসারিত হইলে প্রায় সকল স্থানেই আর্গট প্রয়োগ করা যাইতে পারে। এই সময়ে ইহা প্রয়োগ করিলে জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত হইয়া থাকে; তাহাতে শোণিতস্রাবের ভয় কমিয়া যায় এবং প্রসূতিকে উত্তরবেদনায় অধিক প্রপীড়িত হইতে হয় না। এইজন্য

প্রসবান্তে সচরাচর এক মাত্রা আর্গট প্রযুক্ত হইয়া থাকে। জরায়ু কিছুকাল সম্যক্‌রূপে আকুঞ্চিত থাকিলে এব্‌ডোমেনের উপর একটী পটবন্ধনী দেওয়া আবশ্যক। বন্ধনী স্থাপন করিলে জরায়ুর অবস্থা সহজে পরীক্ষা করা যায় না, বিশেষতঃ ইহা শোণিতে সম্পূরিত ও বিস্ফারিত হইলে চিকিৎসকের বোধগম্য না হইতে পারে; এইজন্য সত্বর পটবন্ধনী প্রয়োগ নিষিদ্ধ; সাধারণতঃ জরায়ু আধ ঘণ্টা কুঞ্চিতভাবে থাকিলে এ ভয় থাকে না।

বন্ধনী যাহাতে বঙ্ক্ষণ-সন্ধি হইতে দ্বাদশ পঞ্জরাস্থি পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়, তদুপযোগী পরিমাণে তাহার দৈর্ঘ্য ও প্রসর হওয়া আবশ্যক। বন্ধনী বঙ্ক্ষণ-সন্ধি পর্য্যন্ত না আসিলে প্রায়ই গুটাইয়া ঊর্দ্ধদিকে উঠিয়া যায়। ৩।০ ফিট দীর্ঘে ও ১৮ ইঞ্চ প্রস্থে এক টুকরা শক্ত কাপড় দ্বারাই এই কার্য্য সুচারুরূপে সাধিত হইতে পারে। এব্‌ডোমেন প্রচীরের সম্মুখভাগে ৪।৫ টি মোটা মোটা পিন দ্বারা বন্ধনী আবদ্ধ করা আবশ্যক; এ সম্বন্ধে "সেফ্‌টিপিন্‌" সর্ব্বাপেক্ষা ভাল। পিনের অভাবে সূত্রদ্বারাও পটবন্ধনী বন্ধন করা যাইতে পারে। এতদর্থে প্রস্তুত পটবন্ধনীও কিনিতে পাওয়া যায়। যাহাতে প্রসূতির এব্‌ডোমেনের শিথিলতা নিবারিত হয়, অথচ তদুপরি অধিক চাপ না পড়ে, তদুপযোগী দৃঢ়তা সহকারে বন্ধনী স্থাপন করা আবশ্যক। এইরূপে এব্‌ডোমেনপ্রাচীর দ্বারা জরায়ুর উপর চাপ প্রদত্ত হওয়াতে জরায়ুর সঙ্কোচনে সহায়তা করা হয় এবং শোণিতস্রাবের সম্ভাবনাও কমিয়া যায়। যোনিনিঃসৃত নিঃস্রব ধরিবার নিমিত্ত এক টুকরা কাপড় পাট করিয়া ভল্‌ভার উপর কৌপিনরূপে পাতিয়া রাখিতে হয়। নিঃসৃত পদার্থে সেই বস্ত্র খণ্ড দূষিত হইলে তৎপরিবর্ত্তে আর এক খানি নববস্ত্র স্থাপন করা উচিত। এইরূপ করিলে নিঃসৃত পদার্থের প্রকৃতি ও পরিমাণ বুঝিতে পারা যায় এবং শয্যাও অপরিষ্কৃত হইতে পায় না। পটবন্ধনী স্থাপন করিবার পূর্ব্বে পেরিনিয়ম বিচ্ছিন্ন হইয়াছে কিনা তাহা পরীক্ষা করা আবশ্যক। "রপচার" সামান্য হইলে তাহার কোন বিশেষ চিকিৎসার প্রয়োজন হয় না, কিন্তু অধিক পরিমাণে হইলে সেলাই

তার দ্বারা তাহা সেলাই করিয়া দেওয়া আবশ্যক। ছিঁড়িয়া যাইবার পরই সেলাই করিয়া দিলে ছিন্ন স্থল শীঘ্র জোড়া লাগিবার সম্ভাবনা।

এই সকল অনুষ্ঠানেই সূতিকাগৃহে চিকিৎসকের কার্য্য শেষ হইল না; শিশুর নাভিরজ্জুচ্ছেদনের পর ইহার কোন অঙ্গপ্রত্যঙ্গ হীন অথবা বিকৃত কিনা, তাহা পরীক্ষা করিয়া দেখা কর্ত্তব্য। তাহার পর ইহার নাড়ী সজ্জিত, গাত্র ধৌত এবং ইহাকে বস্ত্রাদিদ্বারা আবৃত করা আবশ্যক। এই সমস্ত বিষয় একটী স্বতন্ত্র অধ্যায়ে সন্নিবেশিত হইবে *।

প্রসবান্তে প্রসূতির নিকট অথবা তাহার বাটীতে অন্ততঃ একঘণ্টা কাল চিকিৎসকের থাকা আবশ্যক। রোগিণীর বাটী ত্যাগ করিবার পূর্ব্বে জরায়ু সম্যকরূপে আকুঞ্চিত আছে কিনা, জরায়ু হইতে অস্র নিঃস্রব হইতেছে কিনা, শোণিত-সঞ্চালন ও দেহের সাধারণ কোন বিঘ্নসূচক লক্ষণ বিদ্যমান আছে কিনা, এইরূপ অত্যাবশ্যকীয় বিষয় চিকিৎসকের সম্পূর্ণরূপে অবগত হওয়া উচিত। তৎকালে প্রসূতি যাহাতে শায়িতাবস্থায় শান্ত ও নিরুদ্বেগে থাকেন, তদ্বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি রাখিতে আদেশ করা আবশ্যক। বিদায়কালে তাঁহার এই কথা স্পষ্টাক্ষরে বলিয়া যাওয়া উচিত যে, হঠাৎ মূর্চ্ছা, কম্প, বস্তিতে অবিশ্রান্ত বেদনা প্রভৃতি কোন অনিষ্টকর লক্ষণ উদ্ভাবিত হইলে অচিরে তাঁহাকে পুনরাহ্বান করা একান্ত কর্ত্তব্য †।

---

* সদ্যপ্রসূত শিশুর চিকিৎসাশীর্ষক অধ্যায়ে দ্রষ্টব্য।

† সূতিকাবস্থা ও তাহার চিকিৎসা-প্রকরণশীর্ষক অধ্যায়ে দ্রষ্টব্য।

চতুর্দ্দশ অধ্যায়।

"ফেস প্রেজেণ্টেশন" বা মুখ-প্রাগবতরণ।

মুখ-প্রাগবতরণ নিতান্ত বিরল নহে। প্রায় ২৫০ প্রসবের মধ্যে একটী মুখ-প্রাগবতরণ হইয়া থাকে।

কারণ।—প্রসবের প্রারম্ভে মস্তকের এক্‌ষ্টেন্‌শন বা বিস্তৃতি প্রযুক্ত মুখ-প্রাগবতরণ সচরাচর ঘটিয়া থাকে;—অক্‌সিপট ঊর্দ্ধগামী হইয়া মেরুদণ্ডের দিকে আনীত হয়; চিবুক ষ্টার্ণাম হইতে দূরবর্ত্তী হইয়া পড়ে; তাহাতে "অক্‌সিপিটো ফ্রণ্ট্যাল" ব্যাসের পরিবর্ত্তে "মেণ্টো ফ্রণ্ট্যাল" ব্যাস অপত্যপথের অক্ষরেখার উপর সমান্তরভাবে সংস্থিত হয়। প্রসবারম্ভের পূর্ব্বেও জরায়ুর অব্যথ সঙ্কোচনে এইরূপ ঘটনা হইতে পারে। অক্‌সিপট বস্তিতটে প্রতিরুদ্ধ হওয়াতে মাথার ফ্লেক্‌শন হইতে পায় না;—এক্‌ষ্টেন্‌শন প্রক্রিয়ায় এই অস্বাভাবিক গতি ঘটিয়া থাকে। জরায়ুর পার্শ্বাবনতি বশতঃ জরায়ু ও অপত্যপথ একপার্শ্বে কন্‌ভেক্স ও অপর পার্শ্বে কন্‌কেভ ভাবাপন্ন হয়; এই অবস্থায় অক্‌সিপট কন্‌ভেক্স বা কুব্জ পার্শ্বে ন্যস্ত থাকিলে ইহা প্রতিরুদ্ধ হইয়া পড়ে; কিন্তু সিন্সিপট বিপরীত কন্‌কেভ দিকে থাকিয়া সহজে নামিতে পারে; তাহাতে মস্তকের এক্‌ষ্টেন্‌শন সাধিত হয়। এইজন্য জরায়ুর পার্শ্বাবনতি মুখ-প্রাগবতরণের একটী কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। মস্তকের আকার "ডোলিকোসেফেলস" হইলে অর্থাৎ ইহার পশ্চাদ্ভাগ অস্বাভাবিকরূপে প্রলম্বিত হইলেও এই ঘটনা প্রায়ই ঘটিতে দেখা যায়;—মস্তকের ফ্লেক্‌শন বা আনমন স্থলে বিস্তৃতি সহজে সম্পাদিত হয়। যে কোন কারণেই হউক অক্‌সিপট একবার প্রতিরুদ্ধ হইলে জরায়ুর সঙ্কোচন-বল মুখকে ক্রমান্বয়ে নামাইতে থাকে; তাহাতে মুখ-প্রাগবতরণ সংঘটিত হয়।

নির্ণয়।—মুখপ্রাগবতরণে বাহ্য লক্ষণাবলি অনেক পরিমাণে শিরঃ-প্রাগবতরণেরই ন্যায় হইয়া থাকে; তবে সিন্সিপট সম্মুখভাগে থাকিলে প্রসবের প্রারম্ভে বাহ্য পরীক্ষায় পিউবিসের উপর মস্তকের গোলাকার ভাব স্পষ্ট রূপে বোধগম্য হয়। সেই স্থলের বিপরীত দিকে কণ্ঠ ও বক্ষঃ থাকাতে সেরূপ গোলাকার ভাব লক্ষিত হয় না; কিন্তু প্রসবের কিয়দ্দূর অগ্রসরণের সহিত জরায়ুমুখ সম্যক্‌রূপে বিস্ফারিত হইলে যতক্ষণ না অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা করা যায়, ততক্ষণ প্রাগবতীর্ণ অংশ সম্যক্‌রূপে নির্ণীত হইতে পারে না। মস্তকের পুরোভাগ, নাসিকা ও ইহার রন্ধ্রদ্বয়, অক্ষি-কোটর, মুখগহ্বর, চিবুক, দাঁতের মাড়ি প্রভৃতি মৌখিক অংশ সমুদয় পরীক্ষা দ্বারা অবগত হওয়া আবশ্যক। এই সকল জানিতে পারিলে প্রকৃত অবস্থার নির্ণয়ে ভুল হইতে পারে না। তৎকালে গণ্ডদ্বয় স্ফীত হওয়াতে গণ্ডদ্বয়কে বস্তির নিম্নদেশ এবং মুখকে গুহ্যদেশ বলিয়া ভ্রম হইতে পারে; কিন্তু মুখগহ্বরের ভিতর দাঁতের মাড়ী ও মুখের অন্যান্য অংশ সকল সম্যক্‌রূপে পরীক্ষা করিলে এরূপ ভুল হইবার সম্ভাবনা থাকে না।

আসন।

শিরঃপ্রাগবতরণের ন্যায় মুখপ্রাগবতরণও চারি আসনে সমাহিত হইয়া থাকে। চিবুক দুইটীতে পশ্চাদ্ভাগে, অপর দুইটীতে সম্মুখভাগে বিন্যস্ত হয় এবং ফ্রণ্টো-মেণ্ট্যাল-ব্যাস বস্তির অন্যতর তির্য্যক্ ব্যাসের সমান্তর ভাবে সংস্থিত থাকে।

১ম আসন।—এই আসনকে দক্ষিণ "মেণ্টো-পোষ্টিরিয়র" আসন কহে; ইহাতে চিবুক দক্ষিণ সেক্রো-ইলিয়াক সিন্‌কণ্ড্রোসিসের দিকে ও মস্তকের পুরোভাগ বাম কোরেমেন ওভেলির দিকে বিন্যস্ত হয় এবং মুখের দীর্ঘ ব্যাস বস্তিতটের দক্ষিণ তির্য্যক্‌ব্যাসের সমান্তর ভাবে সংস্থিত থাকে। এই আসন শিরঃ-প্রাগবতরণের প্রথম আসনের পরিণতি।

২য় আসন।—এই আসনকে বাম "মেণ্টো পোষ্টিরিয়র" আসন বলা যায়। ইহাতে চিবুক বাম সেক্রো-ইলিয়াক সিন্‌কণ্ড্রোসিসের দিকে,

মস্তকের পুরোভাগ দক্ষিণ ফোরেমেন ওভেলির দিকে এবং মুখের দীর্ঘ ব্যাস বস্তিতটের বাম তির্য্যক্ ব্যাসের সমান্তরে সংস্থিত হয়। এই আসন শিরঃ-প্রাগবতরণের দ্বিতীয় আসনের পরিণতি।

৩য় আসন।—এই আসন বাম "মেণ্টো এণ্টিরিয়র" আসন নামে আখ্যাত হইয়া থাকে। ইহাতে মস্তকের পুরোভাগ দক্ষিণ সেক্রো ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে, চিবুক বাম ফোরেমেন ওভেলির দিকে এবং মুখের দীর্ঘ ব্যাস বস্তিতটের দক্ষিণ তির্য্যক ব্যাসের সমান্তরে সংস্থিত থাকে। এই আসন শিরঃ-প্রাগবতরণের তৃতীয় আসনের পরিণতি।

৪র্থ আসন।—এই আসনকে দক্ষিণ মেণ্টো এণ্টিরিয়র আসন কহে। ইহাতে মস্তকের পুরোভাগ বাম সেক্রো-ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে, চিবুক দক্ষিণ ফোরেমেন ওভেলির দিকে এবং মুখের দীর্ঘ ব্যাস বস্তিতটের বাম তির্য্যক্ ব্যাসের সমান্তরে বিন্যস্ত হইয়া থাকে। ইহা শিরঃ-প্রাগবতরণের চতুর্থ আসনের পরিণতি।

এই চারিটী আসন কি অনুপাতে সম্পাদিত হইয়া থাকে, তাহা আজিও সম্যকরূপে নির্ণীত হয় নাই। বাম দিক্ অপেক্ষা দক্ষিণ দিকে জরায়ুর আনতি অধিক স্থলে হইতে দেখা যায়। জরায়ুর দক্ষিণ দিকে আনত অবস্থায় ভ্রূণের পৃষ্ঠদেশ সেই পার্শ্বে থাকিলে মুখ-প্রাগবতরণ হইবার অধিক সম্ভাবনা। সম্ভবতঃ, এই কারণে দ্বিতীয় ও তৃতীয় আসন অপেক্ষাকৃত অধিক হইয়া থাকে।

"মেক্যানিজম্" বা নির্গমন-কৌশল।

প্রথম আসন।—"এক্স্টেন্‌শন" বা বিস্তৃতি ও "ডিসেণ্ট" বা অবতরণ।—শিরঃ-প্রাগবতরণের প্রসব-কৌশলে অক্সিপট সিম্ফিসিস পিউবিস এবং সিন্সিপট সেক্রমের দিকে আনীত হয়। সেইরূপ মুখ-প্রাগবতরণে চিবুক সম্মুখে এবং ললাটদেশ পশ্চাদ্দিকে গিয়া পড়ে। এইরূপ হইলে প্রসবকার্য্য সহজে সম্পাদিত হইয়া থাকে। এই কার্য্য সম্পাদিত হইবার

জন্য প্রাগবতীর্ণ অংশ যেমন নামিতে থাকে; সঙ্গে সঙ্গে মস্তকের বিস্তারণ বর্দ্ধিত হয়। এইজন্য মুখ-প্রাগবতরণে বিস্তারণ ও অবতরণ একত্রে হইয়া থাকে। জরায়ু ভ্রূণকে নিম্নে তাড়িত করিবার চেষ্টা করাতে মস্তকের বিস্তৃতি অধিকতর বর্দ্ধিত হয়। অক্‌সিপট মেরুদণ্ডের দিকে অধিক আনত হয়, এবং চিবুক ষ্টার্ণাম হইতে অধিক দূরবর্ত্তী হইয়া পড়ে। মস্তকের পুরোভাগ সিম্ফিসিস পিউবিসের নিকট আবদ্ধ হওয়াতে পশ্চাৎস্থিত চিবুকের দিক্ নামিতে থাকে; তাহাতে চিবুক ললাট অপেক্ষা নিম্নতর সমতলে আসিয়া পড়ে এবং দক্ষিণ গণ্ড বাম গণ্ড অপেক্ষা কিঞ্চিৎ নিম্নস্থিত হইয়া থাকে। এইজন্য প্রথম আসনে "কেপট সাক্‌সিডেনিয়ম" সচরাচর দক্ষিণ মেলার অস্থির উপর উদ্গত হইতে দেখা যায়।

১৯শ চিত্র।

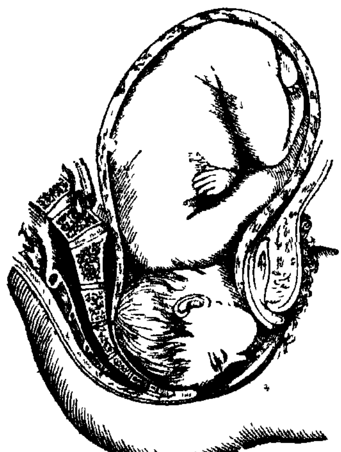


মুখ-প্রাগবতরণ,—প্রথম আসন, মুখ বস্তিগহ্বরে প্রবেশ করিতেছে।

"রোটেশন" বা আবর্ত্তন।—ইহা তৃতীয় গতি। এই গতি দ্বারা চিবুক দক্ষিণ সেক্রো ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিস্ হইতে আবর্ত্তিত হইয়া সিম্ফিসিস্ পিউবিসের নিকট আসিয়া পড়ে। মস্তকের বিস্তৃতাবস্থায় চিবুক যখন

বস্তির তলদেশে নামিয়া ললাট অপেক্ষা অধঃস্থিত হয়, তখন জরায়ুর সঙ্কোচন-বল চিবুককে বস্তির দক্ষিণ দিক্ দিয়া সম্মুখভাগে চালিত করিতে থাকে। ললাট বামদিক দিয়া সেক্রমের দিকে গিয়া পড়ে। চিবুক সিম্ফিসিসের নিকট আবদ্ধ হইয়া পড়াতে আর নামিতে পারে না; তখন পশ্চাৎস্থিত ললাট বস্তির তলদেশে অবতরণ করিতে থাকে; তাহাতে মুখের "ফ্লেক্শন" বা সম্মুখানমন হইতে আরম্ভ করে।

২০শ চিত্র।



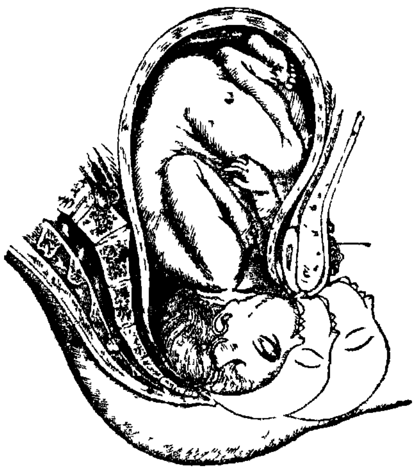
মুখ-প্রাগবতরণ,—প্রথম আসন, আবর্ত্তন-ক্রিয়ায় মুখ সিম্ফিসিস পিউবিসের নিকট ঘুরিয়া আসিয়াছে।

"ফ্লেক্শন" বা সম্মুখানমন।—এইটী চতুর্থ গতি। অভ্যন্তরীণ আবর্ত্তন-ক্রিয়ার পর চিবুক পিউবিসের নিকট আবদ্ধ হইয়া পড়ে; এইরূপ অবস্থায় মস্তকের সম্মুখানমন হয়। চিবুক আবদ্ধ হওয়াতে নিম্নগামী হইতে পারে না; এদিকে নিঃসারক-বল পশ্চাৎস্থিত ললাটের উপর কার্য্য করাতে ইহা নামিতে থাকে। তৎসঙ্গে মুখ, নাসিকা, ভ্রূযুগল ও শিরোদেশ বিস্ফারিত পেরিনিয়মের উপর দিয়া ক্রমে ক্রমে বহির্গত হইতে

থাকে; পরে সমগ্র মস্তক বহির্নিঃসৃত হয়। অবশেষে চিবুক বাহির হইয়া পড়ে।

বহিরাবর্ত্তন।—এই গতি দ্বারা মস্তক বহির্নিঃসারিত হইবার পর মুখ দক্ষিণ জঙ্ঘার দিকে বিবর্ত্তিত হয়। অভ্যন্তরীণ আবর্ত্তনে চিবুক সিম্ফিসিস পিউবিসের নিকটে আসাতে দক্ষিণ স্কন্ধ মাতার দক্ষিণ হইতে সম্মুখ দিক্ দিয়া বাম দিকে এবং বাম স্কন্ধ পশ্চাৎ দিক্ দিয়া দক্ষিণ দিকে গিয়া পড়ে। দক্ষিণ স্কন্ধ বাম স্পাইনের সম্মুখে এবং বাম স্কন্ধ

২১শ চিত্র।



মুখ প্রাগবতরণ,—প্রথম আসন, মুখ নির্গমন-দ্বার দিয়া বহির্গত হইতেছে।

দক্ষিণ স্পাইনের পশ্চাতে থাকে। মস্তক বহির্নিঃসরণের পর দক্ষিণ স্কন্ধ বাম ইলিয়াক অস্থির সম্মুখস্থ আনত প্লেন দ্বারা পিউবিসের নিকট আইসে এবং বাম স্কন্ধ দক্ষিণ সেক্রো-সায়াটিক বন্ধনীর উপর দিয়া সেক্রমের সম্মুখে যায়; তাহাতে মুখ দক্ষিণ জঙ্ঘার দিকে বিবর্ত্তিত হয়। পিউবিসস্থিত স্কন্ধ তথায়ই আবদ্ধ হইয়া পড়ে; তাহাতে পেরিনিয়মস্থিত স্কন্ধ অগ্রে বহির্নিঃসৃত হইয়া থাকে; পরে অপর স্কন্ধ বহির্গত হইয়াআইসে।

দ্বিতীয় আসন।—এই আসনে বিস্তারণ ও অবতরণ প্রথম আসনেরই ন্যায় হইয়া থাকে; তবে আবর্ত্তন-ক্রিয়ায় শিশুর চিবুক বস্তির বাম পার্শ্ব দিয়া সিম্ফিসিস পিউবিসের নিকট এবং মস্তকের পুরোভাগ দক্ষিণ পার্শ্ব দিয়া সেক্রমের নিকট গিয়া পড়ে। তাহার পর ফ্লেক্‌শন বা সম্মুখানমন দ্বারা মস্তক বহির্নিঃসারিত হইয়া থাকে। বহিরাবর্ত্তন-ক্রিয়ায় বাম স্কন্ধ দক্ষিণ ইস্কিয়মের সম্মুখস্থ আনত প্লেন দিয়া অগ্রসর হয় এবং শিশুর মস্তক মাতার বাম জঙ্ঘার দিকে বিন্যস্ত হইয়া পড়ে।

তৃতীয় আসন।—এই আসনে একষ্টেন্‌শন বা বিস্তারণ ও ডিসেণ্ট বা অবতরণের পর চিবুক বাম ফোরেমেন ওভেলির নিকট হইতে সিম্ফিসিস পিউবিসের সন্নিকটে আইসে। পরে "ফ্লেক্‌শন" বা আনমন দ্বারা মস্তক বহির্নিঃসারিত হয়। এই আসনে বহিরাবর্ত্তন ক্রিয়া দ্বিতীয় আসনের ন্যায় হইয়া থাকে; ইহাতে শিশুর মুখ ঘুরিয়া মাতার বাম জঙ্ঘার দিকে বিন্যস্ত হয়।

চতুর্থ আসন।—এই আসনে বিস্তারণ ও অবতরণের পর চিবুক দক্ষিণ ফোরেমেন ওভেলির নিকট হইতে সিম্ফিসিস্ পিউবিসের সন্নিকটে আইসে। পরে "ফ্লেক্‌শন" বা আনমন দ্বারা মস্তক বহির্নিঃসারিত হয়। এই আসনে বহিরাবর্ত্তন ক্রিয়া প্রথম আসনের ন্যায় হইয়া থাকে; ইহাতে মুখ ঘুরিয়া মাতার দক্ষিণ জঙ্ঘার দিকে সংস্থিত হয়।

মেণ্টোপোষ্টিরিয়র আসনে কোন কোন স্থলে স্বাভাবিক নির্গমনকৌশল সাধিত না হইয়া চিবুক পশ্চাদ্দিকে সেক্রমের সম্মুখে গিয়া পড়ে। এরূপ হইলে ভ্রূণমস্তকের বহির্নিঃসরণ অতিশয় দুরূহ হইয়া থাকে। এরূপ স্থলে মস্তকের পুরোভাগ পিউবিসের পশ্চাতে সঞ্চালিত হইয়া পড়ে এবং একমাত্র প্রাকৃতিক বলেই প্রসবকার্য্য প্রায়ই সম্পন্ন হয় না। সাধারণতঃ বস্তির ও ভ্রূণমস্তকের আকার যেরূপ হয়, তাহাতে কৃত্রিম সাহায্য ব্যতিরেকে এরূপস্থলে প্রসব কচিৎ সম্পাদিত হইতে দেখা যায়। তবে যেস্থলে ভ্রূণমস্তক ছোট, অথবা বস্তিদেশ অতিশয় প্রশস্ত, সে স্থলে চিবুক পশ্চাদ্ভাগে থাকিলেও একমাত্র প্রাকৃতিক বলেই প্রসবকার্য্য সম্পন্ন হইতে পারে।

মুখ-প্রাগবতরণে শিশুর জীবন প্রায়ই বিপন্ন হইয়া থাকে; চিবুক পশ্চাৎ হইতে সম্মুখভাগে আবর্ত্তিত হইলেও শতকরা প্রায় ১০টী মৃত ভ্রূণ ভূমিষ্ঠ হইতে দেখা যায়। চিবুক মাতার পশ্চাতে থাকিলে শিশুর মৃত্যু প্রায়ই ঘটিয়া থাকে। প্রসব-পথে শিশুর মস্তক বহুক্ষণ আবদ্ধ থাকায় তাহার গলদেশে চাপ পড়াতে মস্তকের শোণিত-সঞ্চালন অবরুদ্ধ হয়; তাহাতেই অনেক স্থলে শিশুর মৃত্যু হইয়া থাকে। প্রসবান্তে শিশুর মুখে স্ফীত ও বিকৃত ভাব পরিলক্ষিত হয়। কিন্তু প্রায়ই তাহা অল্পদিবসের মধ্যে আপনিই বিদূরিত হইয়া যায়। মুখ-প্রাগবতরণ শিশুর পক্ষে যেরূপ বিপজ্জনক, মাতার পক্ষে সেরূপ নহে; অনেকস্থলে তাঁহার কেবল বিলম্বিত প্রসবজনিত বিপৎপাতের অধীন হইবার সম্ভাবনা।

চিকিৎসা-প্রকরণ।

আবর্ত্তন-ক্রিয়া দ্বারা চিবুক পশ্চাৎ হইতে সম্মুখ ভাগে ন্যস্ত হইলে অনেক স্থলে প্রসবকার্য্য আপনিই সম্পন্ন হইয়া থাকে, কোন বিশেষ সাহায্য আবশ্যক হয় না। স্বাভাবিক প্রসব ক্রিয়ার চিকিৎসাদ্বারা মাতা ও শিশুকে নিরাপদ করিতে পারা যায়। আবর্ত্তন ক্রিয়ার সাহায্য আবশ্যক হইলে মুখমধ্যে অতি সাবধানে অঙ্গুলি প্রবেশন, অথবা পশ্চাৎস্থিত চিবুকের উপর অঙ্গুলি স্থাপন পূর্ব্বক বেদনাকালে সম্মুখভাবে চাপ প্রদান করিতে হয়; কিম্বা প্রয়োজন হইলে ললাটের উপর অঙ্গুলি ন্যস্ত করিয়া ইহাকে পশ্চাদ্ভাগে ঠেলিয়া লইয়া যাইতে পারা যায়। চিবুক ললাটদেশ অপেক্ষা নিম্নস্থিত না হইলে আবর্ত্তন-ক্রিয়া হইতে পারে না, এই কারণে কোন কোন স্থলে মুখ বস্তির তলদেশে অনেক নামিয়া আসিলে আবর্ত্তন-ক্রিয়া হইতে দেখা যায়। চিবুক আপনি সম্যক্রূপে নামিয়া না আসিলে মস্তকের বিস্তৃতি বাড়াইবার নিমিত্ত বেদনা-কালে ললাটের উপর চাপপ্রদান করা আবশ্যক; তাহাতে ললাটদেশ ঊর্দ্ধে উঠিয়া পড়ে এবং চিবুক নামিয়া আইসে। চিবুক নামিয়া আসিলে মুখ সহজে ঘুরিয়া আইসে।

কোন কোন স্থলে সম্যক্ বিস্তৃতির পর আপনিই আবর্ত্তন হইয়া থাকে ;—কোন সাহায্য প্রদান করিতে হয় না। এই সকল উপায় দ্বারা কৃতকার্য্য না হইলে অক্সিপটের উপর হস্ত স্থাপন পূর্ব্বক তাহা নামাইতে চেষ্টা করা যাইতে পারে। যদি মুখ বস্তিতটের ঊর্দ্ধে থাকে, তাহা হইলে এরূপ কৌশল অবলম্বন করিতে পারা যায় ; নতুবা তাহা নামিয়া আসিলে এই প্রক্রিয়া অবলম্বন অসম্ভব হইয়া পড়ে।

অক্সিপট নামাইয়া শিরঃ-প্রাগবতরণ সাধন করিতে হইলে চিকিৎসকের করকৌশলে বিশেষ পারদর্শিতা থাকা আবশ্যক ; তাহা না হইলে শিশু ও মাতা উভয়েরই পক্ষে বিশেষ বিপদ হইবার সম্ভাবনা। যে স্থলে অক্সিপটের উপর হস্ত প্রবেশিত হইতে পারে, সম্ভবতঃ তথায় "পোড্যালিক ভার্ষণ" বা পাদবিবর্ত্তন ভাল। ভ্রূণের পা নামাইয়া আনিতে পারিলে প্রসবের বিঘ্ন একেবারে কমিয়া যায়। কেহ কেহ "ভেক্টিস" অথবা "ফিলেট" দ্বারা অক্সিপট নামাইয়া আনিতে বলেন ; মুখ বস্তিগহ্বরে আবদ্ধ হইয়া পড়িলে এই সকল যন্ত্রের প্রয়োগ প্রায়ই অসম্ভব হইয়া পড়ে। ফর্সেপ্স দ্বারাও ভ্রূণ নিঃসারিত হইতে পারে। এতদ্দেশে ছোট ফর্সেপ্স ব্যবহৃত হইয়া থাকে। যখন মুখ নামিয়া আইসে, তখন ষ্ট্রেট্ বা সরল ফর্সেপ্স প্রয়োগ করিলে নিঃসরণকালে বিবর্ত্তন ক্রিয়া জনিত হইয়া বিঘ্নের আশঙ্কা কমাইয়া দেয়, দীর্ঘ ফর্সেপ্সের "পেল্ভিক কার্ভ" বিপদ উৎপাদন করিয়া থাকে। নিঃসারক-বল কম হইয়া আসিলে ফর্সেপ্স প্রয়োগ আবশ্যক হইয়া পড়ে। এই সকল উপায় দ্বারা কৃতকার্য্য না হইলে ভ্রূণহন্তারক চিকিৎসা-প্রণালী অবলম্বন করিয়া প্রসব-কার্য্য সম্পাদন করিতে হয়, কিন্তু এই প্রক্রিয়ার অবলম্বন কচিৎ আবশ্যক হইয়া থাকে ; প্রসবকার্য্য অন্যান্য উপায় দ্বারা প্রায়ই সম্পাদিত হয়।

ললাট-প্রাগবতরণ।

কোন কোন স্থলে মস্তকের একষ্টেন্‌শন বা বিস্তারণ অধিকপরিমাণে না হওয়াতে মুখের প্রাগবতরণ হইতে পারে না ; ললাট দেশ সর্ব্বনিম্ন হইয়া প্রসব-

পথাভিমুখে আসিয়া থাকে ; ইহাকে "ব্রাও প্রেজেণ্টেশন" বা ললাট-প্রাগবতরণ বলা যায়। এই প্রেজেণ্টেশনে সার্ভাইকো ফ্রণ্ট্যাল ব্যাস বস্তিগহ্বরে বিন্যস্ত হওয়াতে ভ্রূণের বহির্নিঃসরণ দুরূহ হইয়া পড়ে। যে যে কারণে মুখ-প্রাগবতরণ হইয়া থাকে, সেই সেই কারণে ললাট প্রাগবতরণ হইতে দেখা যায়। মুখ-প্রাগবতরণের ন্যায় ললাট-প্রাগবতরণও চারিটি আসনে সংস্থিত। যতক্ষণ না জরায়ু-মুখ সম্যক্‌রূপে বিস্ফারিত হয় এবং ভ্রূণ নামিয়া আইসে, ততক্ষণ ভ্রূণের প্রায়ুখ অংশ ভালরূপে জানিতে পারা যায় না ;— জরায়ু-মুখ সম্যক্‌রূপে বিস্ফারিত হইলে পরীক্ষাদ্বারা কঠিন ও গোলাযত ললাট অনুভূত হইয়া থাকে ; তৎকালে ইহার সন্নিকটে একদিকে এণ্টিরিয়র ফণ্টিনেলি, অপর দিকে নাসিকা ও অক্ষি-কোটর পরিলক্ষিত হয়।

চিকিৎসা-প্রকরণ।

ললাট-প্রাগবতরণ নির্ণীত হইলেই ইহাকে মুখ অথবা শিরঃ-প্রাগবতরণে পরিবর্ত্তিত করিবার চেষ্টা করা আবশ্যক। এইরূপ পরিণতি সাধন করিতে হইলে বেদনাকালে সুবিধা বুঝিয়া অক্‌সিপট অথবা চিবুকের উপর অঙ্গুলি ন্যস্ত করিয়া চাপ দিতে হয় ; বিস্তারণ সামান্য হইলে, চিবুকের নিকট চাপ দিয়া শিরঃ-প্রাগবতরণ এবং অধিক হইলে অক্‌সিপটের দিকে চাপ দিয়া বিস্তারণ পরিবর্দ্ধন পূর্ব্বক মুখ-প্রাগবতরণ সাধন করা যুক্তিযুক্ত। মস্তক বস্তিতটের ঊর্দ্ধে থাকিতে থাকিতেই প্রকৃত অবস্থা নির্ণীত হইলে অক্‌সিপটের উপর হাত দিয়া শিরঃ-প্রাগবতরণ করিতে চেষ্টা করা যাইতে পারে। হস্ত যথায় এইরূপে সহজে জরায়ুগহ্বরে প্রবেশিত করিতে পারা যায়, তথায় পোড্যালিক ভার্ষণ বা পদবিবর্ত্তন করা অপেক্ষাকৃত ভাল। ললাটের প্রাগবতরণকে মুখ অথবা শিরঃপ্রাগবতরণে পরিবর্ত্তিত করিতে না পারিলে মস্তকের বহির্নিঃসারণ সাতিশয় দুরূহ হইয়া পড়ে ; মাথা ছোট হইলে ফর্সেপ্স দ্বারা প্রসব সম্পাদন করা যাইতে পারে। প্রসবকালে মুখ ঘুরাইয়া আনিয়া সিম্ফিসিস পিউবিসের নিকট চিবুক আনয়ন করা আবশ্যক। তাহার পর ফ্লেক্‌শন বা সম্মুখানমন দ্বারা প্রথমে

ললাট, পরে মস্তকের অবশিষ্ট অংশ ক্রমে ক্রমে পেরিনিয়মের উপর দিয়া নিঃসারিত হইয়া থাকে। ফর্সেপ্স দ্বারা কৃতকার্য্য হইতে না পারিলে ক্রেনিওটমি করা আবশ্যক হইয়া পড়ে।

পঞ্চদশ অধ্যায়।

বস্তি-প্রাগবতরণ।

দেহের নিম্নভাগ, অর্থাৎ বস্তি, জানু ও পদ অপত্যপথে ন্যস্ত হইলে বস্তি, অথবা "ব্রিচ" প্রাগবতরণ বলিয়া বর্ণিত হইয়া থাকে। প্রায় প্রত্যেক ৪৫ প্রসবে এই ঘটনা একবার ঘটিতে দেখা যায়। অনেক স্থলে বস্তিই অগ্রে নামিয়া আইসে। ব্রিচ-প্রেজেণ্টেশনে হঠাৎ জলমুচি ভাঙ্গিয়া এককালে অধিক পরিমাণ এমনিয়ম জল নিঃসৃত হইলে পা নামিতে পারে; ভ্রূণের সঞ্চলনেও ঐরূপ ঘটনা হইবার সম্ভাবনা। জানুর অবতরণ অতি বিরল, কেননা তন্নিমিত্ত ইহার বিস্তারণ হওয়া আবশ্যক। জানুর বিস্তৃত অবস্থায় ভ্রূণের দৈর্ঘ্য এত অধিক বাড়িয়া থাকে যে, ইহা জরায়ু মধ্যে তদুপযোগী স্থান পায় না; তবে ভ্রূণ অতি ক্ষুদ্রায়তন হইলে জানু নামিয়া আসিতে পারে।

ব্রিচের প্রাগবতরণ অনেকস্থলে বহুপ্রসবিণীদিগেরই হইতে দেখা যায়। বস্তির বৃহদায়তন, লাইকার এম্নিয়াই আধিক্য ও জরায়ুপ্রাচীরের শিথিলতা এই ঘটনার উৎপাদনে সহায়তা করে। অকালপ্রসবও ইহার একটী প্রধান কারণ। জরায়ুর আকারের কোনরূপ বৈচিত্র্যহেতু

ব্রিচ অগ্রে নামিতে পারে, এইজন্য কোন কোন অঙ্গনার উপর্য্যুপরি কেবল ব্রিচ-প্রেজেণ্টেশন হইতে দেখা যায়।

নির্ণয়।—শিরঃ-প্রাগবতরণের ন্যায় বস্তি-প্রাগবতরণে জরায়ুর দ্রাঘিষ্ঠ আয়তন উর্দ্ধাধোভাবে থাকে; কিন্তু হৃৎপিণ্ডের শব্দ নাভির নিকট, কিম্বা উর্দ্ধে শুনিতে পাওয়া যায়। মস্তক অগ্রে নামিয়া আসিলে জলমুচির যেরূপ অবস্থা হইয়া থাকে, বস্তির প্রাগবতরণে সেরূপ হয় না। মস্তক-প্রাগবতরণে জলমুচি প্রশস্ত ও গোলাকার হইয়া থাকে, কিন্তু অস্বাভাবিক প্রেজেণ্টেশনে তাহা দস্তানার অঙ্গুলির ন্যায় লম্বায়তন হয়। পা নামিয়া আসিলে এই লম্বিতভাব বর্দ্ধিত হইয়া থাকে, কিন্তু বস্তির প্রাগ-বতরণে তত হয় না, কেননা বস্তি এমনিয়মঝিল্লিকে জরায়ুমুখে অনেক পরিমাণে বিস্ফারিত করিয়া রাখে। বস্তির প্রাগবতরণে জলমুচি ভাঙ্গিলে এমনিয়মজল অল্পে অল্পে নিঃসৃত না হইয়া একেবারে প্রভূত পরিমাণে বহির্গত হইয়া পড়ে। শিরঃ-প্রাগবতরণে ভ্রূণমস্তক জরায়ুমুখের উপর চাপিয়া আসিয়া জরায়ুমুখকে বন্ধ করিয়া ফেলে, তাহাতে এমনিয়মজল একেবারে অধিক পরিমাণে নির্গত হইতে পারে না;—বেদনার বিরাম-কালে অল্পে অল্পে নিঃসৃত হইতে থাকে। তদ্ব্যতীত শিরপ্রাগবতরণে জরায়ুমুখ সম্যক্‌রূপে বিস্ফারিত হইবার পূর্ব্বে জরায়ুর যৌন অংশ দ্বারা মস্তকের যেরূপ কঠিন ও গোলভাব অনুভূত হয়, বস্তির প্রাগ-বতরণে সেরূপ হয় না। এইরূপ অবস্থায়, প্রেজেণ্টেশন যতক্ষণ না নিশ্চিতরূপে অবগত হওয়া যায়, ততক্ষণ অতি সাবধানে পরীক্ষা করা আবশ্যক। শারীর-স্থান-বিদ্যার পারদর্শিতা থাকিলে ভ্রূণের প্রাগবতীর্ণ অংশ সমুদায় সম্যক্‌রূপে বুঝিয়া লওয়া যাইতে পারে। তৎসমুদায়ের আনুপূর্ব্বিক বিবরণ এস্থলে নিষ্প্রয়োজন; তবে তন্মধ্যে কতকগুলি অংশের বৈচিত্র্য সম্বন্ধে এস্থলে গুটিকতক কথা বলা যাইতেছে। বটকদ্বয়, পায়ু, কক্‌সিক্স, সেক্রমের স্পাইনাস প্রোসেসগুলি এবং বাহ্য জননেন্দ্রিয় প্রভৃতি অংশ সমুদায় অঙ্গুলিস্পর্শে অবগত হইতে পারিলে ব্রিচ-নির্ণয়ে কোন সন্দেহ থাকে না। মুখ অতিশয় ফুলিয়া উঠিলে ইহাকে বস্তির পশ্চাদ্ভাগ বলিয়া হঠাৎ ভুল হইতে পারে, কিন্তু

সেক্রমের স্পাইনাস প্রোসেসগুলি অনুভূত হইলে সে ভুল অপনীত হইয়া যায়।

পা নামিয়া পড়িলে যাহাতে তাহা হাত বলিয়া ভুল না হয়, এইজন্য অঙ্গুলি সমূহ পরীক্ষা করিয়া দেখা কর্ত্তব্য। পায়ের বৃদ্ধ অঙ্গুষ্ঠ অপর চারিটী অঙ্গুলির সমান্তর, কিন্তু হাতের সেরূপ নহে, এদিকে হাতের বৃদ্ধাঙ্গুলির সহিত অপর চারিটি অঙ্গুলির অগ্রভাগ সংস্পৃষ্ট হইতে পারে; কিন্তু পায়ের সেরূপ হয় না। পায়ের ভিতর কিনারা বাহির কিনারা অপেক্ষা পুরু, কিন্তু হাতের দুইটী কিনারাই সমান পুরু। এঙ্কেল সন্ধি সহজে সকল দিকে সঞ্চালিত করিতে পারা যায়, কিন্তু হাঁটু সেরূপ নহে; হাঁটু অপেক্ষা পায়ের অস্ক্যালসিসের ন্যায় হাতে কোন উন্নত প্রোজেক্শন নাই; হাঁটুর উপর প্যাটেলা থাকাতে কণুইএর অলিক্রেনেন প্রোসেস বলিয়া ভুল হইতে পারে। কিন্তু প্যাটেলা সহজে সঞ্চাল্য, ইহাকে অঙ্গুলি দ্বারা এদিক ওদিক চালিত করিতে পারা যায়, অলিক্রেনেন সেরূপ নহে,— *এই পার্থক্য বুঝিতে পারা গেলে এরূপ ভুল হইবার সম্ভাবনা থাকে না।*

হাঁটু অপেক্ষা স্কন্ধ অধিক গোলাকার, তদ্ব্যতীত স্কন্ধের এক্রোমিয়ান প্রোসেস ও ক্ল্যাভিক্যালের ন্যায় হাঁটুতে কিছুই নাই। সেইরূপ, পায়ের গোড়ালি হাঁটু বলিয়া ভুল হইবার অতি অল্প সম্ভাবনা, কেননা গোড়ালি এঙ্কেল হইতে পশ্চাদ্ভাগে নির্গত, কিন্তু হাঁটু সেরূপ নহে।

আসন।

ভ্রূণের ব্রিচ চারিটী আসনে সংস্থিত হইয়া থাকে, সেই চারিটী আসন সেক্রমের স্থিতি-অনুসারে নির্দ্দিষ্ট হয়।

১ম আসন।—*ইহাকে বাম সেক্রো-এন্টিরিয়র আসন বলা যায়।* ইহাতে শিশুর সেক্রম মাতার বাম কোরেমেন ওভেলিন দিকে, এবং সম্মুখ-ভাগ দক্ষিণ সেক্রো ইলিয়াক সিম্ফিসিসের দিকে সংস্থিত থাকে; ভ্রূণের ব্রিচের সম্মুখপশ্চাৎ ব্যাস মাতার দক্ষিণ তির্য্যক ব্যাসে ন্যস্ত থাকাতে ব্রিচের অনুপ্রস্থ ব্যাস মাতার বাম তির্য্যক ব্যাসে আসিয়া পড়ে।

২য় আসন।—ইহাকে দক্ষিণ সেক্রো-এন্টিরিয়র আসন কহে। ইহাতে শিশুর সেক্রম মাতার দক্ষিণ ফোরেমেন ওভেলির দিকে, ইহার সম্মুখভাগ বাম সেক্রো ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে এবং ব্রিচের অনুপ্রস্থ ব্যাস মাতার দক্ষিণ তির্য্যক্ ব্যাসে সংস্থিত হইয়া থাকে।

৩য় আসন।—ইহাকে দক্ষিণ সেক্রো-পোষ্টিরিয়র আসন বলা যায়। ইহাতে ভ্রূণের সেক্রম মাতার দক্ষিণ সেক্রো ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে, ইহার সম্মুখভাগ মাতার বাম ফোরেমেন ওভেলির দিকে এবং অনুপ্রস্থ ব্যাস মাতার বাম তির্য্যক্ ব্যাসে বিন্যস্ত হয়। এই আসন প্রথম আসনের বিপরীত।

৪র্থ আসন।—এই আসনকে বাম সেক্রো-পোষ্টিরিয়র আসন কহে। ইহাতে ভ্রূণের সেক্রম মাতার বাম সেক্রো ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে, ইহার সম্মুখভাগ মাতার দক্ষিণ ফোরেমেন ওভেলির দিকে এবং ব্রিচের অনুপ্রস্থ ব্যাস মাতার দক্ষিণ তির্য্যক্ ব্যাসে সংস্থিত হইয়া থাকে। এই আসন দ্বিতীয় আসনের বিপরীত।

এই সকল আসনের মধ্যে প্রথম ও দ্বিতীয় আসনে শিশুর পশ্চাদ্ভাগ মাতার সম্মুখভাগে থাকাতে এই দুইটীকে "ডর্সো এন্টিরিয়র" আসন কহে এবং তৃতীয় ও চতুর্থ আসনে শিশুর পশ্চাদ্ভাগ মাতার পশ্চাদ্দিকে থাকাতে ইহাদিগকে "ডর্সো পোষ্টিরিয়র" আসন বলা যায়। এই সকল আসনের মধ্যে প্রথম আসনেই অনেক স্থলে শিশু সংস্থিত হইয়া থাকে।

নির্গমন-কৌশল।

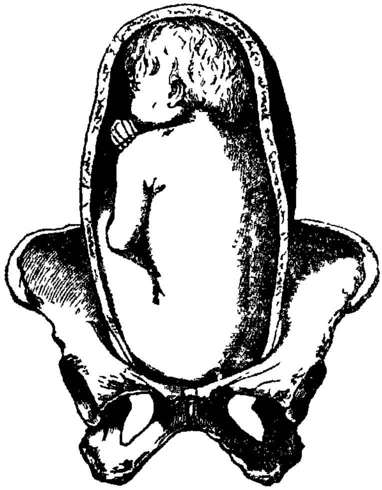
বস্তি-প্রাগবতরণে প্রসব-কৌশল অনেক পরিমাণে মস্তক-প্রাগবতরণের ন্যায়ই হইয়া থাকে। শিরঃ-প্রাগবতরণের প্রসব-কৌশল বুঝিতে পারিলে ইহা সহজে বুঝিতে পারা যায়।

প্রথম আসন।

প্রসবের প্রারম্ভে ভ্রূণের সেক্রম মাতার বাম ইলিও পেক্টিনিয়াল উৎসেধের দিকে এবং ইহার সম্মুখভাগ মাতার পশ্চাৎ ও দক্ষিণ

দিকে সংস্থিত থাকে। তাহাতে ইহার বাম "হিপ" মাতার দক্ষিণ ইলিও পেক্টিনিয়াল উৎসেধের দিকে এবং দক্ষিণ হিপ মাতাব বাম সেক্রো-ইলিয়াক সিম্বণ্ড্রাসিসের দিকে আসিয়া পড়ে। ভ্রূণ এইরূপে সংস্থিত হইয়া বস্তিগহ্বরে চালিত হয়; তাহাব পব ইহা বস্তিব তলদেশে নামিযা আসিলে রোটেশন বা আবর্ত্তন-ক্রিয়া সমুদ্ভূত হইযা থাকে। তৎকালে বাম "হিপ" দক্ষিণ ইস্কিয়মের সম্মুখস্থ আনত প্লেনের উপর দিয়া পিউবিসেব নিকট এবং দক্ষিণ "হিপ" বাম সেক্রো-ইলিযাক সিম্বণ্ড্রাসিসেব নিকট হইতে সেক্রমের সম্মুখে আইসে, তাহাতে ভ্রূণদেহেব অনুপ্রস্থ ব্যাস বস্তিব বহির্দ্বারেব সম্মুখপশ্চাৎ

২৫শ চিত্র।

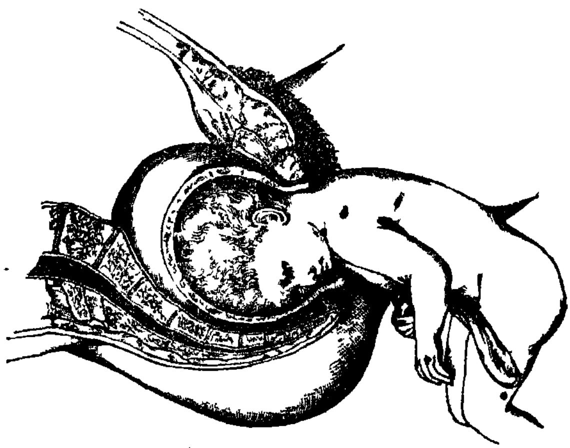


বস্তি-প্রাপবতরণ। ডর্সোএণ্টিরিয়র আসন,—প্রসবের প্রারম্ভ অবস্থা।

ব্যাসে বিন্যস্ত হইয়া থাকে। এই আবর্ত্তনক্রিয়া পূর্ণভাবে না হইতে পারে, কিন্তু প্রায় সকল স্থলেই অল্প বা অধিক পরিমাণে হইতে দেখা যায়। ব্রিচের এই আবর্ত্তনে ভ্রূণের সমস্ত দেহ আবর্ত্তিত হয় না। এই আবর্ত্তন-ক্রিয়ার পর বাম হিপ সিম্ফিসিস পিউবিসের নিকট আবদ্ধ হইয়া পড়ে। নিম্নাবরুদ্ধ-বল পশ্চাৎস্থিত হিপের উপর কার্য্য করাতে তাহা পেরিনিয়মকে

বিস্ফারিত করিয়া নিঃসৃত হয় ; তাহার পরই পিউবিসস্থিত হিপ বহির্গত হইয়া থাকে। স্কন্ধদ্বয় পর্য্যন্ত নামিয়া আসিলে, বাম স্কন্ধ দক্ষিণ ফোরেমেন ওভেলির দিকে এবং দক্ষিণ স্কন্ধ বাম সেক্রো-ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে থাকে। দেহের এই অংশের সহজ নির্গমনার্থ আবার একটী আবর্ত্তন-ক্রিয়া উৎপাদিত হয়। বাম স্কন্ধ দক্ষিণ ইস্কিয়মের সম্মুখস্থ আনত প্লেনদ্বারা

২৩শ চিত্র।



বস্তি প্রাগবতরণ। ডর্সো-এণ্টিরিয়র আসন, মস্তক বহির্গত হইতেছে।

অগ্রসর হইয়া সিম্ফিসিস পিউবিসের নিকট আইসে ; দক্ষিণ স্কন্ধ সেক্রমের সম্মুখে চালিত হয়, এবং বাম স্কন্ধ পিউবিসের পশ্চাতে আবদ্ধ হইয়া পড়ে ; দক্ষিণ স্কন্ধ প্রথমে বহির্নিঃসৃত হয়, তাহার পরই বাম স্কন্ধ বহির্গত হইয়া থাকে। তাহাতে ভ্রূণের সম্মুখভাগ মাতার দক্ষিণ দিকে এবং পশ্চাদ্ভাগ বাম দিকে আসিয়া পড়ে। হস্তদ্বয় অনেক স্থলে বক্ষের উপর বিন্যস্ত থাকে, এবং স্কন্ধনিঃসরণের পূর্ব্বেই নিঃসৃত হইয়া পড়ে ; কিন্তু কোন কারণে বাহু ঊর্দ্ধভাগে চালিত হইলে সেরূপ হয় না ; তাহাতে ভ্রূণনিঃসরণের ব্যাঘাত জন্মাইতে পারে।

মস্তক-নিঃসরণ।—ভ্রূণের দেহ নিঃসৃত হইলে যখন মস্তক নামিয়া আইসে, তখন ইহার অক্‌সিপট মাতার বাম ফোরেমেন ওভেলির

দিকে এবং সিম্ফিসিস দক্ষিণ সেক্রো-ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে থাকে। এই অবস্থায় মস্তকের আবর্ত্তন হয়। এই আবর্ত্তনে অক্‌সিপট সিম্ফিসিস পিউবিসের দিকে এবং সিম্ফিসিস সেক্রমের দিকে গিয়া পড়ে। মস্তকের আবর্ত্তনের সহিত দেহও আবর্ত্তিত হয়; ইহার পশ্চাদ্ভাগ মাতার সম্মুখে আসিয়া থাকে। অক্‌সিপট, পিউবিসের নিকট আবদ্ধ হওয়াতে মুখ, ললাট ও মস্তকের পুরোভাগ পেরিনিয়ম বিস্ফারিত করিয়া ক্রমে ক্রমে বহির্নিঃসৃত হয়; তাহার পরই অক্‌সিপট বাহির হইয়া পড়ে।

দ্বিতীয় আসন।

এই আসনের নিঃসরণ-কৌশল প্রথম আসনেরই ন্যায়। ইহাতে ভ্রূণের সেক্রম মাতার দক্ষিণ ইলিও পেক্টিনিয়াল উৎসেধের দিকে এবং সম্মুখভাগ মাতার পশ্চাৎ ও বামদিকে থাকাতে ভ্রূণের দক্ষিণ হিপ মাতার বাম ইলিও পেক্টিনিয়াল উৎসেধের দিকে এবং বাম হিপ দক্ষিণ সেক্রো-ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে ন্যস্ত থাকে। আবর্ত্তন-ক্রিয়ায় দক্ষিণ হিপ ও দক্ষিণ স্কন্ধ বাম ইস্কিয়মের সম্মুখস্থ আনত প্রেনদ্বারা অগ্রসর হয় এবং দেহ নিঃসৃত হইলে অক্‌সিপট দক্ষিণস্থ সম্মুখ আনত প্রেন দিয়া সঞ্চালিত হইয়া থাকে।

তৃতীয় আসন।

এই আসন প্রথম আসনের বিপরীত হওয়াতে ভ্রূণের সেক্রম মাতার দক্ষিণ সেক্রো ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে এবং ইহার সম্মুখভাগ মাতার সম্মুখ ও বাম ভাগে সংস্থিত হয়। তাহাতে দক্ষিণ হিপ দক্ষিণ ইলিও পেক্টিনিয়াল উৎসেধের দিকে এবং বাম হিপ বাম সেক্রো ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে ন্যস্ত থাকে। এই অবস্থায় ভ্রূণ বস্তির তলদেশে অবতরণ করিলে আবর্ত্তন ক্রিয়া সমুদ্ভূত হয়। দক্ষিণ হিপ মাতার সম্মুখ ভাগে আইসে, বাম হিপ পশ্চাদ্দিকে চালিত হয়। তাহার পর দক্ষিণ হিপ সিম্ফিসিস পিউবিসের পশ্চাতে আবদ্ধ হওয়াতে

বাম হিপ প্রথমে বহির্নিঃসৃত হয়। স্কন্ধদ্বয়ের আবর্ত্তন ও বহির্নিঃসরণ উক্তরূপেই হইয়া থাকে।

মস্তক-নিঃসরণ।—শিশুর দেহ বহির্নিঃসৃত হইলে ইহার মস্তকের পশ্চাদ্ভাগ মাতার দক্ষিণ সেক্রো ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে এবং পুরোভাগ বাম ফোরেমেন ওভেলির দিকে সংস্থিত থাকে। এই অবস্থায় মস্তকের আবর্ত্তন-ক্রিয়া শিরঃপ্রাগবতরণের তৃতীয় আসনের ন্যায় সম্পন্ন হয়,—অকৃসিপট দক্ষিণ সেক্রো-ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের নিকট হইতে ঘুরিয়া সিম্ফিসিস পিউবিসের নিকট আইসে, সিন্সিপট বাম ফোরেমেন ওভেলি হইতে সেক্রমের দিকে চালিত হয়। অকৃসিপট সিম্ফিসিসের নিকট আবদ্ধ হওয়াতে আর নামিতে পারে না; তখন প্রসব-বল মস্তকের পুরোভাগের উপর কার্য্য করিয়া তাহাকে বিস্ফারিত পেরিনিয়মের উপর দিয়া নিঃসারিত করিয়া দেয়। ইহার পর পিউবিসস্থিত অকৃসিপট বহির্গত হইয়া পড়ে।

চতুর্থ আসন।

এই আসন দ্বিতীয় আসনের বিপরীত। ইহাতে শিশুর সেক্রম মাতার বাম সেক্রো ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের দিকে থাকাতে ইহার সম্মুখভাগ মাতার দক্ষিণ ও সম্মুখভাগে, বাম হিপ বাম ইলিও পেক্টিনিয়াল উৎসেধের নিকট এবং দক্ষিণ হিপ দক্ষিণ সেক্রো ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের নিকট থাকে। ভ্রূণ এইরূপে সংস্থিত হইয়া বস্তিগহ্বরে অবতরণ করে। বস্তির তলদেশে আসিয়া ইহার বাম হিপ ঘুরিয়া মাতার সম্মুখে আইসে; দক্ষিণ হিপ সেক্রমের সম্মুখে যাইয়া পড়ে। তাহার পর পেরিনিয়মস্থিত হিপ বহির্নিঃসারিত হইলে পিউবিসস্থিত হিপ বহির্গত হইয়া থাকে। বামস্কন্ধও উক্তরূপে সম্মুখভাগে আইসে এবং নির্গমন-ক্রিয়াও সেইরূপে সাধিত হইয়া থাকে। দেহনির্গমনের পর অকৃসিপট বাম সেক্রো-ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের নিকট হইতে ঘুরিয়া সিম্ফিসিস পিউবিসের নিকট আইসে; সিন্সিপট দক্ষিণ ফোরেমেন

ওভেলি হইতে সেক্রমের দিকে যায়; তাহার পর মুখভাগ অগ্রে নির্গত হইলে পশ্চাদ্দিক নিঃসৃত হইয়া থাকে।

কোন কোন স্থলে অক্‌সিপট সম্মুখভাগে ঘুরিয়া না আসিয়া পশ্চাদ্দিকে সেক্রমের উপর গিয়া পড়ে। এইরূপ হইলে মস্তকনিঃসরণ দুই প্রকারে হইতে পারে। কোথাও বা অক্‌সিপট পেরিনিয়মের উপর আবদ্ধ হইয়া পড়ে; জরায়ুর সঙ্কোচনে মস্তকের সম্মুখানমন প্রথমে বর্দ্ধিত হইতে থাকে,—চিবুক ষ্টার্ণামের অতিশয় নিকট আইসে; এই অবস্থায় মস্তকের পুরোভাগ অগ্রে প্রসব-পথ হইতে বহির্নিঃসৃত হইয়া যায়; তাহার পর পশ্চাদ্ভাগ বহির্গত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে মস্তক এইরূপে নিঃসৃত না হইয়া ইহার এক্‌ষ্টেন্‌শন বা বিস্তারণ সমুদ্ভূত হইতে দেখা যায়। তাহাতে চিবুক পিউবিসের উপরিভাগে আবদ্ধ হইয়া পড়ে; এই অবস্থায় অক্‌সিপট অগ্রে বহির্নিঃসৃত হইলে পর মুখভাগ বহির্গত হয়। শিশুর মাথা ছোট, অথবা মাতার বস্তি বৃহদায়তন না হইলে মস্তকের এইরূপ বহির্নির্গমন অতি সঙ্কটজনক।

ভ্রূণের উক্তরূপ নির্গমন-প্রণালী দ্বারা স্পষ্ট প্রতীত হইয়া থাকে যে, শিরঃ-প্রাগবতরণে মাতার যত অধিক বিপৎপাতের সম্ভাবনা, বস্তি-প্রাগবতরণে তত বিপদ সংঘটিত হয় না। বস্তি প্রাগবতরণে প্রসবের প্রথম ক্রম বিলম্বিত হইয়া থাকে। শিশুর ব্রিচ জরায়ুমুখের উপর বিন্যস্ত হইয়া গোলাকার মস্তকের ন্যায় তত সহজে জরায়ুমুখকে বিস্ফারিত করিতে পারে না,—বিস্ফারণে বিলম্ব হইয়া থাকে। কিন্তু ইহার দ্বিতীয় ষ্টেজ প্রায়ই শীঘ্র সম্পন্ন হয়। কোমল ব্রিচ দ্বারা প্রসবপথ বিস্ফারিত হওয়াতে ইহার কোনরূপে আহত হইবার সম্ভাবনা কমিয়া যায়; কিন্তু শিরঃ-প্রাগবতরণ অপেক্ষা বস্তির প্রাগবতরণে ভ্রূণের জীবন অধিক সঙ্কটাপন্ন হইয়া থাকে। ডাক্তার ডুবযের সন্দর্শনানুসারে গড়ে ১১টী ব্রিচ প্রাগবতরণে একটি ভ্রূণের মৃত্যু হইতে দেখা যায়। কিন্তু আধুনিক উন্নত চিকিৎসা-প্রণালীতে এত অধিক মৃত্যু হয় না। তদ্ব্যতীত অনেক শিশুর অস্থিভঙ্গ প্রভৃতি নানাপ্রকার আঘাত পাইবার সম্ভাবনা। নির্গমনকালে নাড়ীরজ্জুর উপর ভ্রূণের চাপ পড়াতে ইহার মৃত্যুর প্রধান কারণরূপে

কার্য্য করে। স্নেহনিঃসরণের পর মস্তক বহির্গত হইতে বিলম্ব হইলে প্ল্যাসেণ্টার উপর কঠিন মস্তকের চাপ প্রদত্ত হওয়াতে পরিস্রবের শোণিত-সঞ্চলনের ব্যাঘাত ঘটিয়া থাকে; ইহাতেও ভ্রূণের জীবন সঙ্কটাপন্ন করিয়া ফেলে। শিরঃ-নির্গমনের পূর্ব্বে জরায়ুর আকুঞ্চনে ইহার প্রাচীরের আয়তন কমিয়া যাওয়াতে কোন কোন স্থলে প্ল্যাসেণ্টা জরায়ুপ্রাচীর হইতে বিযুক্ত হইয়া পড়ে; তাহাতেও পারিস্রবিক শোণিতসঞ্চলন প্রতিরুদ্ধ হওয়াতে ভ্রূণের জীবন বিপন্ন হইয়া থাকে।

চিকিৎসা-প্রকরণ।

বস্তি-প্রাগবতরণ নির্ণীত হইলে ভ্রূণ যাহাতে স্বাভাবিক উদ্যমে বহির্গত হয়, চিকিৎসকের তদ্বিষয়ে দৃষ্টি রাখিয়া আবশ্যকমত সাহায্য প্রদানে প্রস্তুত থাকা কর্ত্তব্য। তাহা না করিয়া হঠকারীর ন্যায় অবিবেচনা সহকারে ভ্রূণ-নিঃসারণে অগ্রসর হইলে অনেক সময় প্রসবের বিঘ্ন উৎপাদিত হইয়া থাকে। জলমুচি ভাঙ্গিতে যত বিলম্ব হয়, ততই ভাল। জলমুচি আপনি না ভঙ্গিলে তাহাকে সেই অবস্থাতেই বস্তির তলদেশ পর্য্যন্ত নামিয়া আসিতে দেওয়া উচিত, কেননা ভ্রূণের নিম্নাংশের অপেক্ষা জলমুচির কোমল চাপে প্রসব-পথ সুচারুরূপে বিস্তারিত হইয়া থাকে। ভ্রূণের কিয়দংশ বহির্গত হইলেই বহির্গত অংশ ধরিয়া টান দিয়া প্রসব-কার্য্য সম্পাদনে তৎপর হইলে বিঘ্ন হইবার অধিক সম্ভাবনা। জরায়ু-সঙ্কোচনে ভ্রূণ প্রসব-পথে চালিত হইতে থাকিলে মস্তক বক্ষের দিকে আনত ভাবে থাকে;—চিবুক ষ্টার্ণামের দিকে যত আনত থাকিবে, মস্তক ততই সহজে নির্গত হইবে। দেহ ধরিয়া অবিবেকীর ন্যায় টান দিলে মস্তকের সম্মুখানমনের পরিবর্ত্তে এক্‌ষ্টেন্‌শন বা বিস্তারণ হইতে পারে এবং ভ্রূণের হস্তদ্বয় বক্ষঃ হইতে মস্তকের দিকে ঊর্দ্ধে উত্থিত হইবার সম্ভাবনা; তাহাতে ভ্রূণ-নির্গমনের ব্যাঘাত জন্মে এবং ইহার জীবন বিপন্ন হইয়া পড়ে। যতক্ষণ না নাভিরজ্জু পর্য্যন্ত নির্গত হয়, ততক্ষণ ভ্রূণের জীবন অধিক সঙ্কটাপন্ন হয় না। নাভিরজ্জু বহির্গত

হইবার পর নাভিরজ্জুর উপর অধিক চাপ পড়িতে আরম্ভ হয়। পদদ্বয় ইহার এব্‌ডোমেনের উপর কুঞ্চিত থাকিয়া যতক্ষণ প্রসবপথ বিস্ফারিত করিয়া নামিতে থাকে, ততক্ষণ প্রসব-পথ সম্যক্‌রূপে বিস্ফারিত হয়। তাহাতে দেহের অবশিষ্ট অংশ ও মস্তক সহজে বহির্নির্গত হইতে পারে। পা বাহির হইয়া পড়িলে প্রসব-পথ তত বিস্ফারিত হইতে পারে না, তাহাতে মস্তক-নির্গমনকালে অপত্যপথে বাধা উৎপাদিত হয় এবং শিশুর জীবন সাতিশয় বিপন্ন হইয়া পড়ে; এইজন্য পদ-প্রাগবতরণে প্রসব-কৌশলের কোন পার্থক্য না থাকিলেও শিশুর পক্ষে অধিক বিপজ্জনক হইয়া থাকে। নাভিস্থল পর্য্যন্ত বহির্গত হইলেই যেস্থলে বস্তি অধিক প্রশস্ত, সেইস্থলে নাভিরজ্জু সংস্থাপন করিবার চেষ্টা করা আবশ্যক। বাম ও দক্ষিণ সেক্রো ইলিয়াক সিন্‌কণ্ড্রোসিসের দিকে অধিক স্থান থাকাতে সুবিধামত তাহার একটীর নিকটে নাভিরজ্জু স্থাপন করিতে হয়। এই উদ্দেশে নাভিরজ্জু কিয়ৎপরিমাণে টানিয়া নামাইয়া দেওয়া আবশ্যক। নাভিরজ্জুতে যতক্ষণ সম্যক্‌রূপে শোণিত-সঞ্চলন হইতে থাকে, ততক্ষণ ভ্রূণের বিপদাশঙ্কা স্বল্প। ইহার শোণিত-সঞ্চলনের ব্যতিক্রম হইলেই ভ্রূণনিঃসরণে সত্বর সাহায্যদান নিতান্ত আবশ্যক হইয়া উঠে।

ভ্রূণের দেহ বহির্গত হইতে আরম্ভ হইলেই চিকিৎসকের নিজ করতলের উপর তাহা লওয়া কর্ত্তব্য। নাভিস্থল বহির্গত হইবার পর অনেকস্থলে হস্তদ্বয় বহির্গত হইয়া পড়ে। কোন কোন স্থলে চিকিৎসার কোন ব্যতিক্রম না হইলেও হাত মাথার উপর উঠিয়া যায়। হস্ত ঊর্দ্ধগত বুঝা গেলেই ভ্রূণের সম্মুখভাগ দিয়া সত্বর তাহা নামাইয়া আনা আবশ্যক। মুখের উপর দিয়া হাত নামাইয়া আনিলে হস্তের সন্ধি সমুদায় আনতভাবেই থাকে; তাহাতে তাহা অল্প পরিসরের ভিতর দিয়া বহির্নিঃসারিত হইতে পারে। তাহা না করিয়া ভ্রূণের পশ্চাদ্ভাগ দিয়া হাত নামাইতে গেলে, ইহার সন্ধিসকল বিস্তৃত হইয়া পড়ে এবং ইহাতে মোচড় লাগিয়া অস্থি ভগ্ন হইবার, অথবা অন্য কোন গুরুতর আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা। পশ্চাৎস্থিত হস্ত সেক্রমের নিকট থাকাতে পশ্চাৎস্থিত হস্ত অগ্রে নামাইয়া আনিয়া

সুবিধা হইয়া থাকে। এইস্থলে অঙ্গুলি-প্রবেশনে অধিক প্রসর পাওয়া যায়। ভ্রূণের দেহ একহস্ত দ্বারা মাতার সম্মুখদিকে টানিয়া আনিলে এই প্রসর আরও বাড়িয়া উঠে। অঙ্গুলি স্কন্ধের পশ্চাৎ হইতে আরম্ভ করিয়া ক্রমে বাহুর উপর দিয়া আনিয়া কনুয়ের পশ্চাতে স্থাপন করিতে হয়, পরে তদ্দ্বারা কনুয়ের উপর চাপ প্রদান পূর্ব্বক ভ্রূণের হাত তাহার সম্মুখ দিয়া নামাইয়া আনা আবশ্যক। পশ্চাৎস্থিত হস্ত নামাইয়া আনিলে সম্মুখস্থিত হস্ত নামাইবার জন্য অধিক স্থান পাওয়া যায়। আবশ্যক বোধে ভ্রূণের দেহ মাতার সম্মুখ অথবা পশ্চাদ্দিকে কিঞ্চিৎ ঠেলিয়া দিলে চিকিৎসকের হস্তপ্রবেশনের সুবিধা হইয়া থাকে। সম্মুখস্থিত হস্ত পশ্চাৎস্থিত হস্তের ন্যায়ই বাহির করিতে হয়।

দ্বিতীয় ষ্টেজ বিলম্বিত হইলে ভ্রূণের বিপদাশঙ্কা বৃদ্ধি পায়। মস্তক প্রসব-পথে নামিয়া আসিয়া ইহার বহির্নিঃসরণে বিলম্ব হইলে এই বিপদ সাতিশয় বাড়িয়া উঠে। মস্তকের চাপে নাভিরজ্জুর শোণিত-সঞ্চলনের অধিক ব্যতিক্রম ঘটিয়া থাকে, এইজন্য মস্তক-বহির্গমনে বিলম্ব বোধ হইলেই ইহার সত্বর নির্গমনে যত্নবান্ হওয়া একান্ত আবশ্যক। এই অবস্থায় ভ্রূণের জীবন রক্ষার্থ অঙ্গুলি দ্বারা যোনির পশ্চাৎ প্রাচীর ঠেলিয়া দিয়া যাহাতে ভ্রূণের মুখে বায়ু প্রবেশ করিতে পারে, তদুপযোগী চেষ্টা করা কর্ত্তব্য। এই উদ্দেশে ক্যাথিটার অথবা অন্য কোন নল ভ্রূণের মুখমধ্যে প্রবেশিত হইয়া থাকে। কিন্তু এরূপ উপায় দ্বারা ভ্রূণের সঙ্কটাপন্ন অবস্থা সম্যক্‌রূপে বিদূরিত হইতে পারে না, সেইজন্য মস্তক যাহাতে শীঘ্র বহির্গত হইয়া আইসে, তদুপযোগী উপায় অবলম্বন করা একান্ত আবশ্যক। জরায়ু সম্যক্‌রূপে সঙ্কুচিত হইয়া মস্তক-নিঃসরণে সহায়তা করে, এইজন্য এব্‌-ডোমেন-প্রাচীরে হস্তস্থাপন পূর্ব্বক ইহার উপর চাপ প্রদান করিতে হয়। জরায়ুর সঙ্কোচন-বর্দ্ধনের ভার অপর কাহারও উপর অর্পণ করিয়া মস্তকনিঃসারণে চিকিৎসকের প্রবৃত্ত হওয়া কর্ত্তব্য। অক্‌সিপটের উপর অঙ্গুলি স্থাপন পূর্ব্বক চাপ প্রদান করিতে পারিলে মস্তকের সম্মুখানয়ন বৃদ্ধি পায়, তাহাতে মাথাও নামিয়া আইসে। একহস্ত দ্বারা এই কার্য্য করিবার কালে অপর হস্তের অঙ্গুলি শিশুর মুখের উপর ন্যস্ত করিয়া চাপ

প্রদান করিতে পারা যায় ; কিন্তু ইহা না করিয়া একটী কি দুইটী অঙ্গুলি মাতার সরল অন্ত্রে প্রবেশিত করিয়া শিশুর মুখের উপর সহজে চাপ প্রদান করা যাইতে পারে। অনেক স্থলে জরায়ুর উপর বাহ্য এবং অক্সিপটের উপর অভ্যন্তরীণ চাপ দ্বারা মস্তক বহির্নিঃসারিত হইয়া থাকে ; মুখভাগে চাপ দেওয়া আবশ্যক হয় না।

ভ্রূণ স্বভাবতঃ যে গতিতে নির্গত হইয়া থাকে, ইহার নিঃসরণে সাহায্য প্রদান কালে ইহাকে সেই গতিতেই রাখা আবশ্যক। বটক, স্কন্ধ ও মস্তক ক্রমান্বয়ে নিয়মিতরূপে আবর্ত্তিত হইয়া যাহাতে ভ্রূণের অনুপ্রস্থ ব্যাস বহির্দ্বারের সম্মুখপশ্চাৎ ব্যাসে আসিতে পারে, তদুপযোগী নিঃসারক বল প্রয়োগ করা আবশ্যক। "ডর্সো-পোষ্টিরিয়র" আসনে—বিশেষতঃ মস্তকনিঃসারণকালে এই বিষয়ের উপর বিশেষরূপ লক্ষ্য রাখিতে হয়। হিপ ও স্কন্ধদেশ সম্যক্‌রূপে আবর্ত্তিত হইলে মস্তকের আবর্ত্তনে সহায়তা করিয়া থাকে। এইজন্য সেক্রম পশ্চাৎস্থিত হইলে "গ্রয়িন" ও বক্ষণ সন্ধির মধ্যে এবং স্কন্ধ নামিয়া আসিলে ইহার পশ্চাদ্দিকে অঙ্গুলিস্থাপন পূর্ব্বক কোন কোন স্থলে বেদনাকালে আবর্ত্তনক্রিয়া উৎপাদন অথবা পরিবর্দ্ধন করিতে হয়। মাথা ঘুরাইবার নিমিত্ত পিউবিসের নিকটস্থ টেম্পলের উপর পশ্চাৎচাপ প্রদান করিলে মুখ সেক্রমের দিকে চালিত হয় এবং অক্সিপট সম্মুখভাগে ঘুরিয়া আইসে। মস্তক এইরূপে ঘূর্ণিত না হইয়া অক্সিপট পশ্চাতে এবং সিন্সিপট সম্মুখে আসিয়া পড়িলে, মস্তকনির্গমন প্রায়ই দুরূহ হইয়া পড়ে। অক্সিপট পশ্চাৎস্থিত হইলে মস্তক নিঃসারিত করিবার পূর্ব্বে মাথা আনত, অথবা বিস্তৃত আছে কিনা, তাহা নির্ণয় করা আবশ্যক। মস্তক টার্ণামেন দিকে আনতভাবে থাকিলে স্বভাবতঃ মুখের দিক অগ্রে বাহির হইয়া থাকে, এইজন্য নিঃসারক বল পশ্চাৎ ও নিম্নভাবে চালিত করিতে হয়। মস্তক বিস্তৃত থাকিলে বল সম্মুখ ও উর্দ্ধভাবে বহিরক্ষের গতিতে প্রয়োগ করা কর্ত্তব্য। তাহাতে অগ্রে অক্সিপট এবং পরে মুখের দিক বাহির হইতে পারে। জরায়ুর সঙ্কোচন-বল মন্দীভূত হইলে এবং বস্তিব প্রসর কম থাকিলে "ফর্সেপ্স" প্রয়োগ আবশ্যক হইয়া পড়ে।

কোন কোন স্থলে নিঃসারক-বল কম হইয়া পড়াতে, অথবা বস্তির সম্যক্ প্রসর না থাকাতে, বটক প্রসবপথে আবদ্ধ হইয়া পড়ে; সেরূপ অবস্থায় কৃত্রিম উপায়ে প্রসবকার্য্য সম্পাদন করিতে হয়। বটকদ্বয়ের যেরূপ অবয়ব, তাহাতে ফর্সেপ্স দ্বারা নিঃসারণের সুবিধা হয় না, একটি পা—আবশ্যক হইলে,—কোথাওবা দুইটাই নামাইয়া প্রসব-কার্য্য সম্পন্ন করা আবশ্যক হইয়া থাকে। যেস্থলে শিশুর পা নামাইতে পারা যায় না, সেস্থলে অঙ্গুলি, "ফিলেট", অথবা "ব্লণ্টহুক" দ্বারা বি্রচ নামাইয়া আনিতে হয়।

প্রামুখ অংশ বি্রমে অথবা ইহার নিকটে থাকিলে পা সহজে নামাইতে পারা যায়। পদদ্বয় এব্ডোমেনের অধিক উর্দ্ধে থাকিলে মাতাকে সম্যক্‌রূপে "ক্লোফর্ম্ম' প্রয়োগ করা আবশ্যক। বস্তিগহ্বরে বটক নামিয়া আসিলে প্রায়ই পা নিঃসারিত করিতে পারা যায় না। এরূপ স্থলে পা নামাইয়া আনিতে গেলে বিপদ হইতে পারে; এইজন্য অন্যান্য উপায় দ্বারা ভ্রূণের উপর টান দিতে হয়। কুঁচকি স্থলে অঙ্গুলি লাগাইয়া টান দিলে এই কার্য্য সম্পন্ন হইতে পারে। ফিলেট দ্বারা এইকার্য্য সম্যক্‌রূপে সাধিত হইবার সম্ভাবনা; কিন্তু ফিলেট সকল স্থলে সহজে প্রয়োগ করা যায় না। একটি মোটা তার মুড়িয়া ছুতায় করিয়া ইহার ভাঁজা মুখটি উরু ও এব্ডোমেনের মধ্য দিয়া এরূপভাবে চালিত করিতে হইবে যে, সেই মুখটী যেন উরুর অপর পার্শ্বে গিয়া পড়ে; তাহার পর সেই মুখে ফিলেট লাগাইয়া তারের অপর মুখ ধরিয়া টানিলেই ফিলেটদ্বারা উরু পরিবেষ্টিত হইয়া থাকে। ফিলেটটা খানিকটা রেশমি কাপড়, কিম্বা একগোছা রেশম, অথবা অন্য কোনরূপ মোলায়েম কাপড় হইলে ভাল হয়। ব্লণ্টহুক প্রয়োগে ভ্রূণের কোমল শরীরের উপর প্রায়ই অধিক পরিমাণে আঘাত লাগিয়া থাকে এবং ইহাও সময়ে সময়ে সহজে প্রয়োগ করা যায় না। এই সকল উপায় দ্বারা কৃতকার্য্য হইতে না পারিলে প্রামুখ অংশ বিদারণ পূর্ব্বক ছোট করিয়া বাহির করিতে হয়। কিন্তু সৌভাগ্যবশতঃ এরূপ কঠোর প্রক্রিয়া কচিৎ আবশ্যক হইয়া থাকে।

ভ্রূণ নিঃসারিত হইলে ইহার অঙ্গপ্রত্যঙ্গ সমুদায় ভাল করিয়া পরীক্ষা করা আবশ্যক। কৃত্রিম উপায়ে প্রসবকার্য্য সম্পাদিত হইলে জানুর অস্থি ভাঙ্গিবার অধিক সম্ভাবনা। এরূপ ঘটনা হইলে তৎক্ষণাৎ "স্প্লিন্ট" প্রয়োগ করা আবশ্যক। শৈশবে অপেক্ষাকৃত অল্প সময়ের মধ্যে অস্থি জোড়া লাগিয়া থাকে।

ষোড়শ অধ্যায়।

"ট্র্যান্সভার্স" বা পার্শ্ব-প্রাগবতরণ।

ভ্রূণের ঊর্দ্ধ অথবা অধোভাগ অগ্রে নিম্নস্থিত না হইয়া কোন কোন স্থলে ইহার দেহের পার্শ্বদেশ প্রসব-পথে আসিয়া পড়ে। ভ্রূণ-দেহের দ্রাঘিষ্ঠ ব্যাস জরায়ুতে অনুপ্রস্থভাবে সংস্থিত হওয়াতে ইহাকে "ট্র্যান্সভার্স" বা পার্শ্ব-প্রাগবতরণ বলা যায়, কিন্তু পার্শ্ব-প্রাগবতরণে ভ্রূণদেহের দ্রাঘিষ্ঠ ব্যাস জরায়ুর ঠিক অনুপ্রস্থ ব্যাসে সংস্থিত না হইয়া ইহার দ্রাঘিষ্ঠ ও অনুপ্রস্থ ব্যাসের মধ্যবর্ত্তীরূপে তির্য্যক্‌ভাবে স্থিত হইয়া থাকে। এই প্রেজেণ্টেশনে ভ্রূণের পৃষ্ঠদেশ ও এব্‌-ডোমেন এবং দেহের অন্যান্য অংশ প্রসবের প্রারম্ভে নিম্নস্থিত হইতে পারে। এরূপ স্থলে প্রায়ই প্রসব অগ্রসর হইয়া আসিলে স্কন্ধদেশ অগ্রে নিম্নস্থিত হইয়া পড়ে। এইজন্য "ট্র্যান্সভার্স প্রেজেণ্টেশনকে" কেহ কেহ "সোল্ডার" বা স্কন্ধপ্রাগবতরণ বলিয়া বর্ণন করিয়াছেন। স্কন্ধ পূর্ব্বস্থিত

না হইয়া কোন কোন স্থলে কণুই কিম্বা হস্তের নিম্নাংশ অগ্রে নামিয়া আসিতে পারে। স্কন্ধ প্রসবপথে নামিয়া আসিলে একদিকে মস্তক, অপর দিকে বক্ষঃস্থল ঊর্দ্ধভাবে স্থিত হয় এবং ভ্রূণ প্রসবপথে একটী কীলকের ন্যায় আবদ্ধ হইয়া পড়ে। ইহাতে প্রসবকার্য্য সাতিশয় সঙ্কটময় হইয়া উঠে,—তখন কেবল প্রাকৃতিক উদ্যমেই ভ্রূণনির্গমন কচিৎ হইতে দেখা যায়। ভ্রূণ সাতিশয় ছোট হইলে,—বিশেষতঃ তৎসঙ্গে মাতার বস্তি প্রশস্ত থাকিলে, ভ্রূণ আপনি বহির্নিঃসারিত হইলেও হইতে পারে, কিন্তু তাহাতে মাতার অবস্থা সাতিশয় বিপন্ন হইয়া উঠে এবং শিশুর ও জীবনের আশা অতি অল্প থাকে। এইজন্য পার্শ্ব-প্রাগবতরণে সকল স্থলেই চিকিৎসকের সাহায্য আবশ্যক হইয়া থাকে। ডাক্তার চার্চ্চহিল বলেন ২৬০টী প্রসবে ১টী পার্শ্ব-প্রাগবতরণ হইতে দেখা যায়।

কারণ।—১ম। ভ্রূণের মস্তক স্বভাবতঃ নিম্নভাবে থাকে; কিন্তু কোন কারণে ইহা বস্তিতটে আবদ্ধ হইলে, অথবা জরায়ুর নিম্নভাগে সম্যক্‌রূপে নামিয়া আসিতে না পারিলে জরায়ুর একপার্শ্বে গিয়া পড়ে; এবং স্কন্ধ সরিয়া আসিয়া মস্তকের স্থান অধিকার করে, তাহাতে স্কন্ধ সর্ব্বনিম্ন হইয়া থাকে; বস্তি বিকৃত ও খর্ব্বায়তন হইলে, অথবা প্ল্যাসেণ্টা জরায়ু-মুখের নিকট সংস্থিত থাকিলে এরূপ ঘটনা অনেক স্থলে হইতে দেখা যায়।

২য়। জরায়ু পার্শ্বভাবে অবনত থাকিলে মস্তক ঠিক নিম্নগামী হইতে পায় না, পার্শ্বভাবে চালিত হইয়া ক্রমে আবদ্ধ হইয়া পড়ে; তাহাতে স্কন্ধ নামিয়া আইসে। বহুপ্রসবিনীদিগের জরায়ুর পার্শ্বাবনতি অপেক্ষাকৃত অধিক, এইজন্য প্রথম প্রসবিনীদিগের অপেক্ষা ইহাদের পার্শ্ব প্রাগবতরণ অধিক হইতে দেখা যায়।

৩য়। অকাল প্রসবে এবং লাইকার এমনিয়ার প্রাচুর্য্যে শিশুর অধিক সঞ্চালন বশতঃ পার্শ্ব-প্রাগবতরণ ঘটিতে পারে।

৪র্থ। প্রসবের কিঞ্চিৎ পূর্ব্বে অথবা গর্ভের শেষকালে ভ্রূণমস্তক কোন কোন স্থলে একটু বক্রভাবে থাকে; কিন্তু এরূপ অবস্থা আপনা হইতেই সংশোধিত হইয়া যায়। মাতার এব্‌ডোমেনের উপর কটিবন্ধন প্রভৃতির

চাপ ন্যস্ত থাকিলে এই সংশোধন-কার্য্যের ব্যতিক্রম ঘটে ; তাহাতে ভ্রূণের বিঘ্নকর সংস্থিতি সংঘটিত হইবার সম্ভাবনা।

৫ম। হঠাৎ পতন, কোনরূপ আঘাত প্রভৃতি আকস্মিক কারণে এই ঘটনা হইতে পারে।

৬ষ্ঠ। কোন কোন স্থলে জরায়ুর অনুপ্রস্থ ব্যাস অপেক্ষাকৃত দীর্ঘ হওয়াতে ভ্রূণ অনুপ্রস্থভাবে সংস্থিত হইয়া পড়ে। সম্ভবতঃ এই কারণে কোন কোন অঙ্গনার ভ্রূণ ক্রমান্বয়ে অনুপ্রস্থভাবে স্থিত হইতে দেখা যায়।

আসন।

পার্শ্ব-প্রাগবতরণে ভ্রূণের পশ্চাদ্ভাগ মাতার সম্মুখ, অথবা পশ্চাদ্ভাগে সংস্থিত থাকে। ভ্রূণের পশ্চাদ্ভাগ প্রসূতীর উদরের দিকে থাকিলে "ডর্সো-এণ্টিরিয়র" আসন, এবং পৃষ্ঠের দিকে থাকিলে "ডর্সো-পোষ্টিরিয়র" আসন বলা যায়। এই দুই শ্রেণীবিভাগের প্রত্যেকটীতে ভ্রূণমস্তক মাতার দক্ষিণ অথবা বাম ইলিয়াক ফসাতে ন্যস্ত হইয়া থাকে। "ডর্সো-এণ্টিরিয়র" আসনে ভ্রূণ-মস্তক দক্ষিণ ইলিয়াক ফসাতে থাকিলে বাম স্কন্ধ অগ্রে নিম্নস্থিত হয় এবং বাম ইলিয়াক ফসাতে থাকিলে দক্ষিণ স্কন্ধ অগ্রে বাহির হইয়া থাকে। "ডর্সো-পোষ্টিরিয়র" আসনে মস্তক দক্ষিণ ইলিয়াক ফসাতে থাকিলে দক্ষিণ স্কন্ধ এবং বাম ইলিয়াক ফসাতে থাকিলে বাম স্কন্ধ অগ্রে নিম্নস্থিত হয়। ডর্সো-পোষ্টিরিয়র আসন অপেক্ষা ডর্সো-এণ্টিরিয়র আসনে ভ্রূণ অনেকস্থলে সংস্থিত হইয়া থাকে।

নির্ণয়।—পার্শ্ব-প্রাগবতরণ প্রসবের প্রারম্ভেই নির্ণীত হইলে মঙ্গলের বিষয় ; কেননা তখন ভ্রূণের অবস্থিতি সহজে সংশোধিত হইতে পারে ; কিন্তু ভ্রূণ বস্তিগহ্বরে নামিয়া আসিয়া আবদ্ধ হইয়া পড়িলে সে কার্য্য দুরূহ হইয়া পড়ে ; তাহাতে মাতা ও ভ্রূণ উভয়েরই বিপদ অতিশয় বর্দ্ধিত হইয়া উঠে। উপযুক্ত সময়ে সাহায্য করা-

করিতে পারিলে এই বিপদ অনেক পরিমাণে কমিয়া যায়। ভ্রূণ অনুপ্রস্থভাবে সংস্থিত হইলে জরায়ুর পার্শ্ব-প্রসর বাড়িয়া উঠে, তাহাতে জরায়ুর ঊর্দ্ধাধোব্যাস কমিয়া যায় এবং অনুপ্রস্থ ব্যাস বর্দ্ধিত হয়। একটী ইলিয়াক ফসাতে ভ্রূণের কঠিন ও গোলাকার মস্তক, অপরটীতে ইহার ব্রিচ অনুভূত হয়। এবডোমেন-প্রাচীর শিথিল ও পাতলা থাকিলে বাহ্য পরীক্ষাদ্বারা ভ্রূণের অংশ সমুদায় স্পষ্টরূপে প্রতীত হইয়া থাকে। যেদিকে মস্তক সংস্থিত থাকে, হৃৎপিণ্ডের স্পন্দনধ্বনিও সেই দিকে শুনিতে পাওয়া যায়। প্রসবের প্রারম্ভে প্রাগবর্ত্তীর্ণ অংশ ঊর্দ্ধে থাকাতে অভ্যন্তরীণ পরীক্ষায় ইহা অঙ্গুলিদ্বারা সহজে জানিতে পারা যায় না। তাহাতে আবার মস্তক জরায়ুমুখের উপর সংস্থিত থাকে না বলিয়া জরায়ুর যোন অংশে মস্তক প্রাগবত্তরণের ন্যায় কোন রূপ কঠিন ও গোলাকারভাব অনুভূত হয় না। এরূপ অবস্থায় বাহ্য পরীক্ষাদ্বারা ভ্রূণের অবস্থিতি অনেক পরিমাণে নির্ণীত হইয়া থাকে। তৎসঙ্গে জলমুচি দস্তানার অঙ্গুলির ন্যায় নলাকারভাব অবলম্বন করাতে ভ্রূণ অস্বাভাবিকভাবে সংস্থিত বলিয়া প্রতীত হয়।

প্রাগবর্ত্তীর্ণ অংশ নামিয়া আসিবার পূর্ব্বে অঙ্গুলি ঊর্দ্ধে চালিত করিয়া পরীক্ষা করিতে গেলে জলমুচি ছিন্ন হইবার অধিক সম্ভাবনা। জরায়ুমুখ সম্যক্‌রূপে বিস্তারিত হইবার পূর্ব্বে জলমুচি ভাঙ্গিয়া জলনিচয় নিঃসারিত হইয়া গেলে ভ্রূণের অবস্থিতি সংশোধন অতি দুরূহ হইয়া পড়ে। এইজন্য পার্শ্ব প্রাগবত্তরণে জলমুচি যাহাতে শীঘ্র না ভাঙ্গে এরূপ সতর্কতা সহকারে চিকিৎসা করিতে হয়। বেদনাকালে পরীক্ষা করিলে ইহা ছিঁড়িয়া যাইবার অধিক সম্ভাবনা বলিয়া বেদনার বিরামকালে পরীক্ষা করা আবশ্যক। প্রাগবর্ত্তীর্ণ অংশ নামিয়া আসিলে অভ্যন্তরীণ পরীক্ষায় ভ্রূণের স্কন্ধ, কণুই ও হস্তের নিম্নাংশ জানিতে পারা যায়। স্কন্ধ নামিয়া আসিলে ইহার গোলাকারভাব স্পর্শদ্বারা সহজে অনুভূত হইয়া থাকে; এক্রোমিয়ন প্রোসেসের অগ্রভাগ স্পষ্ট লক্ষিত হয়, তাহাতে অঙ্গুলি ঊর্দ্ধভাগে চালিত করিলে পশ্চাতে স্ক্যাপুলার স্পাইন, [illegible] সম্মুখে ক্ল্যাভিক্যালের অবস্থান বুঝিতে পারা যায়। অধিকন্তু

অলিক্রেনন প্রোসেস এবং দুইপার্শ্বস্থ কণ্ডাইল্‌সদ্বারা কণুই সহজে স্থিরীকৃত হইতে পারে। সেইরূপ, কর নির্ণয় করাও অতি সহজ; করতলের দুইপার্শ্বই সমান পুরু এবং ইহার বৃদ্ধাঙ্গুলি অন্যান্য অঙ্গুলির উপর ন্যস্ত হইতে পারে; কিন্তু পায়ের অঙ্গুষ্ঠ সেরূপ হয় না। পদতলের বহির্ভাগ অপেক্ষা অন্তর্ভাগ অধিক পুরু।

আসন-নির্ণয়।—পার্শ্ব-প্রাগবতারণে সাহায্য প্রদান করিতে হইলে ভ্রূণের আসন নির্ণয় করা নিতান্ত আবশ্যক। যে সকল উপায়দ্বারা ভ্রূণের আসন নির্ণীত হইয়া থাকে, তৎসম্বন্ধে এইস্থলে গুটিকতক কথা সন্নিবেশিত হইল। বাহ্য পরীক্ষাদ্বারা ভ্রূণের মস্তক ও ব্রিচের সংস্থিতি কিরূপে নির্ণীত হইতে পারে, তৎসম্বন্ধে পূর্ব্বে বলা হইয়াছে। অভ্যন্তরীণ পরীক্ষায় ভ্রূণের স্ক্যাপুলার স্পাইন ও ক্ল্যাভিক্যাল নির্ণয় করিতে পারিলে ভ্রূণের পশ্চাৎ মাতার পশ্চাৎ কি সম্মুখ দিকে স্থিত, তাহা অবধারণ করা যাইতে পারে। ক্ল্যাভিক্যাল সম্মুখে থাকিলে ভ্রূণের সম্মুখ মাতার সম্মুখ দিকে এবং পশ্চাদিকে থাকিলে ইহার সম্মুখ মাতার পশ্চাদ্দিকে ন্যস্ত হইয়া থাকে। সেইরূপ স্ক্যাপুলা সম্মুখভাগে থাকিলে ভ্রূণের পশ্চাৎ মাতার সম্মুখদিকে এবং পশ্চাদ্ভাগে থাকিলে ইহার পশ্চাৎ মাতার পশ্চাদ্দিকে সংস্থিত বলিয়া স্থিরীকৃত হয়। ভ্রূণের এক্সিলা বা কক্ষ ইহার নিম্নাংশের অভিমুখীন থাকে, এইজন্য ভ্রূণের মস্তক কোন্ পার্শ্বে ও ইহার পায়ের দিক্ কোন্ পার্শ্বে, ইহার কক্ষের সংস্থানদ্বারা তন্নির্ণয়ে সাহায্য পাওয়া যায়। চিকিৎসকের অঙ্গুলি আরও উর্দ্ধে চালিত করিয়া পরীক্ষা করিতে পারিলে পঞ্জর-অস্থি অনুভূত হইয়া থাকে, তাহাতে ভ্রূণের আসন-নির্ণয়ে আরও সাহায্য পাওয়া যায়। এস্থলে একথাও বলা আবশ্যক যে, ভ্রূণের কণুই ইহার ব্রিচের অভিমুখেই প্রসারিত থাকে। এই সকল উপায়দ্বারা ভ্রূণের আসন নির্ণীত না হইলে জলমুচি ভাঙ্গিয়া সময়ে সময়ে শিশুর কর বাহির করিয়া আনিতে হয়। করের অবস্থানে ভ্রূণের অবস্থান সহজে নির্ণীত হইয়া থাকে। ভ্রূণের হাত ঘুরাইয়া ইহার করতল সুপাইন ভাবে রাখিলে তাহা ভ্রূণের সম্মুখ দিকে, করপৃষ্ঠ ইহার পৃষ্ঠের দিকে, অঙ্গুষ্ঠ মস্তকের দিকে এবং কনিষ্ঠা পদের দিকে অভিমুখী,—মনে মনে এইরূপ

চিন্তা করিয়া আপনাকে ভ্রূণের অবস্থায় অবস্থিত করিতে পারিলে বহির্নিঃসারিত হস্ত দক্ষিণ কি বাম, তাহা সহজে স্থিরীকৃত হইতে পারে। বন্ধুগণ পরস্পরে যেরূপ করমর্দ্দন করেন, সেইরূপে দক্ষিণ হস্তদ্বারা ভ্রূণের নির্গত হস্ত ধারণ করিলে যদি করতলে করতলে এবং অঙ্গুষ্ঠে অঙ্গুষ্ঠে সম্মিলিত হয়, তাহা হইলে তাহা দক্ষিণ হস্ত বলিয়া নির্ণীত হইয়া থাকে; নতুবা তাহা বাম হস্ত বলিয়া স্থির করিতে হয়।

প্রজ্ঞান।—পার্শ্ব প্রাগবতরণ সাতিশয় বিপজ্জনক। ইহাতে মাতার অপেক্ষা ভ্রূণের বিপদ অধিক। ডাক্তার চার্চ্চহিলের সন্দর্শনানুসারে গড়ে ৯ প্রসবে একটী মাতার মৃত্যু হয় এবং অর্দ্ধসংখ্যক শিশুর জীবন নষ্ট হইয়া থাকে। প্রসবের প্রারম্ভে সাহায্য প্রদান করিতে পারিলে বিপৎসম্ভাবনা কমিয়া যায়। কিন্তু সাহায্যদানে যত কালবিলম্ব হয় এবং ভ্রূণ প্রসব পথে যত নামিয়া আইসে, বিপদাশঙ্কা ততই বাড়িয়া উঠে।

নির্গমন-কৌশল।

কেবল প্রকৃতির উদ্যমেই ভ্রূণ কখন কখন বহির্নিঃসারিত হয়। সেরূপ স্থলে ভ্রূণের মস্তক অথবা বস্তি বিবর্ত্তিত হইয়া নামিয়া আইসে; ভ্রূণের এইরূপ বিবর্ত্তনকে "স্পণ্টেনিয়াস ভার্ষণ" বা স্বতোবিবর্ত্তন বলা যায়। ভ্রূণ অন্য প্রকারেও বহির্গত হইতে পারে। প্রাযুখ অংশ ও মাথার দিক্ আবর্ত্তিত হইয়া সিম্ফিসিস্ পিউবিসের নিকট আবদ্ধ হইয়া পড়ে,—ভ্রূণের পশ্চাদ্ভাগ পশ্চাৎস্থিত হইয়া বহির্নিঃসৃত হয়; পরে মস্তকের দিক্ বহির্গত হইয়া থাকে। এইরূপ নির্গমনকে "স্পণ্টেনিয়াস ইভোলিউশন" বা স্বতোনির্গমন বলা যায়। স্বতোনির্গমন ও স্বতোবিবর্ত্তন সম্বন্ধে গুটিকতক কথা বলা যাইতেছে।

স্বতোবিবর্ত্তন।—ভ্রূণ খর্ব্বায়তন হইলে এবং জরায়ুর অসমনিয়মে অদলীলাক্রমে সঞ্চালিত হইতে পারিলে জরায়ু-কুঞ্চনে ভ্রূণের মস্তক অথবা নিতম্ব কখন কখন নামিয়া আইসে। ভ্রূণ বস্তিগহ্বরে

এই প্রকারে বিবর্ত্তিত হইয়া নামিয়া আসিয়াছে, এরূপ বিবরণ দেখিতে পাওয়া যায়। কিন্তু এরূপ ঘটনা অতি বিরল। সম্ভবতঃ জরায়ুর বিষম সঙ্কোচনে ভ্রূণের স্বতোবিবর্ত্তন সংঘটিত হইয়া থাকে। জরায়ুর এক অংশের সজোর সঙ্কোচনের সহিত যদি অপর অপর অংশ আদৌ সঙ্কুচিত না হয়, অথবা অতি অল্প পরিমাণে সঙ্কুচিত হইতে থাকে, তাহা হইলে সেই দৃঢ় সঙ্কুচিত স্থলে ভ্রূণের যে অংশ থাকে, তাহা সঞ্চালিত হইয়া ভ্রূণের বিবর্ত্তন সাধিত হইতে পারে।

স্বতোনির্গমন।—এই প্রক্রিয়ায় জরায়ুর সঙ্কোচনবল প্রামুখ অংশ স্কন্ধকে প্রসব-পথে নামাইয়া আনে; পরে অভ্যন্তরীণ "রোটেশন" বা আবর্ত্তন ক্রিয়ায় স্কন্ধদেশ অন্যতর ইস্কিয়মের সম্মুখস্থ আনত প্লেনদ্বারা পিউবিসের দিকে চালিত হয়। তৎসঙ্গে ব্রিচ অন্যতর সেক্রো-ইলিয়াক সিন্‌কণ্ড্রসিসের নিকট গিয়া পড়ে, তাহাতে ভ্রূণদেহের দ্রাঘিষ্ঠ ব্যাস বহির্দ্বারের সম্মুখপশ্চাৎ ব্যাসের নিকট আসিয়া থাকে। স্কন্ধ পিউবিসের পশ্চাতে আসাতে, মস্তক ইহার ঊর্দ্ধে স্থিত হয়, স্কন্ধ এইস্থলে আবদ্ধ হইয়া পড়ে; আর নামিতে পারে না। নিঃসারকবল ব্রিচের উপর কার্য্য করিয়া, তাহাকে নামাইতে থাকে, তাহাতে দেহের পার্শ্বদেশ, পরে ব্রিচ, তাহার পর পদদ্বয় পেরিনিয়মকে বিস্ফারিত করিয়া ক্রমে ক্রমে বহির্গত হয়। অপর দিকের স্কন্ধদেশ বহির্গত হইবার পর মস্তক বস্তি-প্রাগবতরণের ন্যায় সহজে বাহির হইয়া পড়ে। ভ্রূণ খর্ব্বায়তন হইলে,—বিশেষতঃ সেই সঙ্গে মাতার বস্তির প্রসর অধিক থাকিলে ভ্রূণ জীবিতাবস্থায় এইরূপে বহির্নিঃসৃত হইতে পারে, কিন্তু তাহা না হইলে ভ্রূণের সজীব নির্গমন অসম্ভব। কখন কখন ভ্রূণ সাতিশয় খর্ব্বায়তন হইলে অগ্রে মস্তক বহির্নিঃসৃত হয়, তাহার পর ভ্রূণের অবশিষ্ট অংশ বহির্গত হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—পার্শ্ব-প্রাগবতরণে ভ্রূণ-নিঃসরণ একমাত্র প্রাকৃতির উদ্যমের উপর নির্ভর করা যাইতে পারে না; টার্ণিঙ্ বা বিবর্ত্তন প্রক্রিয়া দ্বারা ভ্রূণের সংস্থান সংশোধন করিয়া লইতে হয়। বিবর্ত্তন-ক্রিয়ার বিষয় স্থানান্তরে বিশেষরূপ বর্ণিত হইবে। জলমুচি ভাঙ্গিবার পূর্ব্বেই অথবা

পরক্ষণেই ভ্রূণ এমনিয়মে সহজে সঞ্চালিত হইতে পারে; এই অবস্থায় বাহ্য কর-কৌশলে ভ্রূণের মস্তক, অথবা ব্রিচ প্রসব-পথে ঘুরাইয়া দেওয়া যায়। এমনিয়মজল অধিক থাকিলে এক হস্তে বাহ্য কর-কৌশল ও অপর হস্তের দুই একটী অঙ্গুলি জরায়ুর অভ্যন্তরে প্রবেশিত করিয়া ভ্রূণের বিবর্ত্তন সহজে সংসাধিত হইতে পারে। এই সকল উপায়দ্বারা কৃতকার্য্য না হইলে জরায়ুর অভ্যন্তরে হস্ত প্রবেশিত করিয়া ভ্রূণের পা নামাইয়া আনা আবশ্যক। বিবর্ত্তন ক্রিয়া অসম্ভব হইয়া পড়িলে ভ্রূণহন্তারক শস্ত্রোপচার করিয়া প্রসব কার্য্য সম্পাদন করিতে হয়। ভ্রূণ বস্তিগহ্বরে আবদ্ধ হইয়া পড়িলে যেস্থলে বিবর্ত্তন-ক্রিয়া দুঃসাধ্য বলিয়া বোধ হয়, সেস্থলে ভ্রূণচ্ছেদ করিয়া প্রসবকার্য্য সম্পাদন করা আবশ্যক হইয়া পড়ে।

সপ্তদশ অধ্যায়।

কম্প্লেক্স্ প্রেজেণ্টেশন বা জটিল প্রাগবতরণ।

কখন কখন প্রাগবতীর্ণ অংশের সহিত দেহের অন্য কোন অংশ নামিয়া আইসে। মস্তকের সহিত হস্ত, অথবা পদ, কিম্বা উভয়ই নামিয়া আসিতে পারে। মস্তক ক্ষুদ্রায়তন, অথবা বস্তিগহ্বর অপেক্ষাকৃত বৃহৎ না হইলে বস্তিগহ্বরে মস্তকের সহিত হস্ত অথবা পদ প্রায়ই প্রবেশ করিতে পারে না; যে স্থলে বস্তি অধিক প্রশস্ত অথবা মস্তক ছোট, তথায় মস্তকের সহিত হস্ত অথবা পদ নামিয়া আসিলে মস্তক বহির্নিঃসরণে বিশেষ বিঘ্ন ঘটে না। কিন্তু বস্তিগহ্বর উপযুক্তরূপ প্রশস্ত না থাকিলে

প্রসব-পথে মস্তক আবদ্ধ হইবার অধিক সম্ভাবনা। সেরূপ অবস্থায় হস্ত ও পদ উভয়ই নামিয়া আসিলে সঙ্কটাপন্ন অবস্থা সাতিশয় বাড়িয়া উঠে।

হস্ত অথবা পদ, নামিয়া আসিলে তাহা উর্দ্ধে উত্তোলন পূর্ব্বক, মস্তক যাহাতে প্রসব-পথে অগ্রসর হইয়া আইসে, এরূপ উপায় অবলম্বন করা আবশ্যক। বেদনার বিরামকালই হস্তকে এইরূপে উর্দ্ধে স্থাপন করিবার উপযুক্ত সময়। হস্ত বা পদ নামিয়া পড়িলে এক হস্তের অঙ্গুলিদ্বারা তাহা উত্তোলন পূর্ব্বক অপর হস্ত জরায়ুর উপর ন্যস্ত করিয়া চাপ দিলে মস্তক প্রসবপথে আসিয়া পড়ে এবং বেদনা আসিলে প্রাগবতীর্ণ অঙ্গ আর নামিয়া আসিতে পারে না। সময়ে সময়ে হস্ত ও পদ এরূপে তুলিয়া দেওয়া দুরূহ হইয়া পড়ে, সেরূপ অবস্থায় সেক্রো-ইলিয়াক সিন্‌কণ্ড্রোসিসের দিকে ইহাদিগকে সংস্থাপিত করা আবশ্যক। হস্ত ও পদ উভয়ই একত্রে নামিয়া আসিলে হস্ত অধিক অগ্রসর হইয়া পার্শ্ব-প্রাগবতরণ হইতে পারে, এইজন্য এরূপ স্থলে যতক্ষণ না হস্ত উর্দ্ধে উত্তোলিত হয়, ততক্ষণ মস্তকের সঙ্গে সঙ্গে পা নামাইয়া আনা আবশ্যক,—এরূপ স্থলে পা অগ্রে উপরে উঠিতে দেওয়া উচিত নহে।

কোন কোন স্থলে হস্ত মস্তকের পশ্চাতে, অথবা গ্রীবার উপর ঘুরিয়া গিয়া অনুপ্রস্থভাবে সংস্থিত হয়, তাহাতে ভ্রূণের বহির্নিঃসরণে অত্যন্ত ব্যাঘাত জন্মিয়া থাকে —হস্ত বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারে আবদ্ধ হইয়া পড়ে। বস্তিগহ্বর প্রশস্ত থাকিলেও প্রভূত নিঃসারক বল ভ্রূণকে প্রসবপথে নামাইয়া আনিতে পারে না, কেননা হস্ত পশ্চাতে থাকিয়া একটী অর্গলের ন্যায় কার্য্য করিয়া আটকাইয়া রাখে। এইরূপ হইলে হস্ত পশ্চাৎস্থিত হইয়া প্রসবের প্রতিরোধ করিয়াছে কি না, তাহা জানিবার জন্য সম্যক্‌রূপে অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা করা আবশ্যক। সেরূপ পরীক্ষার নিমিত্ত গর্ভিণীকে ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ করিতে হয়। এরূপ স্থলে ভ্রূণের হাত নামাইয়া আনা আবশ্যক। মস্তক ব্রিমের উর্দ্ধে থাকিলে হস্ত নামাইয়া আনা প্রায়ই অতিশয় কঠিন হইয়া থাকে, তখন হস্ত না নামাইয়া পা ঘুরাইয়া লওয়া সহজ। এরূপ বিবর্ত্তনক্রিয়ার পরও হস্ত উক্তরূপে স্থাপিত হইয়া প্রসবের বিঘ্ন ঘটাইতে পারে, কিন্তু তখন হাত নামাইয়া আনা

তত কঠিন নহে। শিশুর দেহ পশ্চাদ্ভাগে ঠেলিয়া দিলে চিকিৎসকের হস্ত সিম্ফিসিসের পশ্চাতে সহজে চালিত হইতে পারে।

নাভিরজ্জুর বহিঃপতন।

নাভিরজ্জু অগ্রে বাহির হইয়া পড়িলে প্রাগবতীর্ণ অংশের চাপে শোণিত-সঞ্চলন বন্ধ হইয়া ভ্রূণের জীবন বিপন্ন হইতে পারে। গড়ে ২৫০টী প্রসবের মধ্যে একটীতে নাভিরজ্জুর বহিঃপতন হইতে দেখা যায়। এরূপ হইলে মাতার জীবন বিপন্ন হয় না, কিন্তু ভ্রূণের জীবন সাতিশয় সঙ্কটাপন্ন হইয়া পড়ে। শিরঃ প্রাগবতরণের সহিত নাভিরজ্জু নামিয়া পড়িলে প্রসবপথে রজ্জুর উপর ভ্রূণমস্তকের সাতিশয় চাপ পড়িতে পারে, এরূপ হইলে ভ্রূণের বিপদ অধিক বাড়িয়া উঠে। কিন্তু পার্শ্ব ও বাস্তপ্রাগবতরণে এরূপ হইলে তত বিপৎপাতের আশঙ্কা নাই। প্রথম প্রসবিণীদিগের এবং অকাল প্রসবে প্রসবপথ অপেক্ষাকৃত দৃঢ় থাকাতে নাভিরজ্জুর উপর অধিক চাপ পড়ে, তজ্জন্যও ভ্রূণের বিপদ সাতিশয় বাড়িয়া থাকে।

শিরঃ প্রাগবতরণে মস্তক নামিয়া আসিয়া জরায়ু-মুখে একটি গোল ভ্যাল্‌ভের ন্যায় ন্যস্ত হইয়া পড়িলে, নাভিরজ্জু বাহির হইতে পারে না; কিন্তু তাহা না হইলে বাহির হইবার অধিক সম্ভাবনা। এমনিয়মজল অধিক পরিমাণে থাকিলে, বিশেষতঃ এককালে তাহার অনেকটা বেগে নির্গত হইয়া পড়িলে নাভিরজ্জু তৎসঙ্গে নামিয়া পড়িতে পারে। নাভিরজ্জু দীর্ঘ হইলেও এইরূপ নামিয়া পড়িবার অধিক সম্ভাবনা। পরিস্রব জরায়ুর নিম্ন অংশে সংস্থিত থাকিলে রজ্জু ছোট হইলেও সহজে বাহির হইতে পারে। কোন কারণে প্রাগবতীর্ণ অংশ বস্তির ব্রিমে, অথবা জরায়ুর নিম্ন প্রদেশে সম্যক্‌রূপে ন্যস্ত না হইলে নাভিরজ্জু অগ্রে বহির্গত হইবার সম্ভাবনা। এইজন্য বস্তির সঙ্কীর্ণতা অথবা বিকৃতি নাভিরজ্জুর বহিঃপতনের একটী প্রধান কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। "ম্যালপ্রেজেণ্টেশন" বা অপ-প্রাগবতরণ হইলে নাভিরজ্জুর নামিয়া আসিবার অধিক সম্ভাবনা।

অনুপ্রস্থ প্রাগবতরণে নাভিরজ্জু সর্ব্বাপেক্ষা অধিক বহিঃপতিত হইয়া থাকে। ডাক্তার স্ক্যাঞ্জোনির সন্দর্শনানুসারে :—

৩০৪ শিরঃ-প্রাগবতরণে
৩২ মুখ-প্রাগবতরণে
২১ বস্তি-প্রাগবতরণে
১২ অনুপ্রস্থ প্রাগবতরণে
} নাভিরজ্জু একবার বহিঃপতিত হইয়া থাকে।

নাভিরজ্জু কোন কোন স্থলে অধিক নামিয়া পড়ে ;—যোনির নিম্নাংশে এমন কি ভল্‌ভার বাহিরেও প্রসবারম্ভে ইহা দৃষ্ট হইয়া থাকে। আবার স্থলবিশেষে ইহা এত অল্প নামিয়া আইসে যে, বিশেষরূপে পরীক্ষা না করিলে জানিতে পারা যায় না। এরূপ স্থলে প্রকৃত অবস্থা অবগত হইতে না পারিলে ভ্রূণের জীবন বিনষ্ট হইতে পারে। জলমুচি ভাঙ্গিলে স্পর্শদ্বারা নাভিরজ্জুর স্থিতি ও প্রকৃতি সহজে বুঝিতে পারা যায়। ইহার শোণিতসঞ্চলন অনুভব করিতে পারিলে কোনরূপ ভুল হইবার সম্ভাবনা থাকে না। মাতার নাড়ী অপেক্ষা নাভিরজ্জুর শোণিত-সঞ্চলনের ঘনতা অধিক। জলমুচি ভাঙ্গিবার পূর্ব্বে সময়ে সময়ে এইরূপ পরীক্ষা সুচারুরূপে করিতে পারা যায় না, পরীক্ষাকালে রজ্জু সরিয়া যায় এবং ইহা স্পষ্টরূপে অনুভূত হয় না। রজ্জুতে শোণিত-সঞ্চলন হইতেছে কি না, তাহা নির্ণয় করা অতীব আবশ্যক। বেদনা আসিলে প্রাগবতীর্ণ অংশের চাপে রজ্জুর শোণিত-সঞ্চলন বন্ধ হইতে পারে; বেদনার অপগমে শোণিত-সঞ্চলন আবার অনুভূত হয়। যেস্থলে নাভিরজ্জুর শোণিত-সঞ্চলন বন্ধ হয় এবং রজ্জু শিথিল হইয়া পড়ে, তথায় ভ্রূণের জীবন নিঃশেষিত হইয়াছে বলিয়া স্থিরীকৃত হইতে পারে। জরায়ু বিদীর্ণ হইয়া অন্ত্র প্রসবপথে নামিয়া আসিলে তাহাকে নাভিরজ্জু বলিয়া ভ্রম হইয়াছে, এরূপ বিবরণ দেখিতে পাওয়া যায়; এরূপ ভুল অতীব শোচনীয়। একটু বিবেচনা ও সতর্কতার সহিত পরীক্ষা করিলে এরূপ ভুল হইবার অল্পই সম্ভাবনা।

বেদনার বিরামকালে রজ্জুকে অঙ্গুলি দ্বারা জরায়ুগহ্বরে পুনঃপ্রবেশিত করা যাইতে পারে। গর্ভিণীকে হাঁটু ও কণুইয়ের উপর ভর দিয়া মুখ

নিম্নে এবং বস্তি উর্দ্ধে স্থাপন পূর্ব্বক শায়িত করিলে জরায়ুমুখ উর্দ্ধস্থিত হয়; তাহাতে রজ্জু অনেক স্থলে নিজ ভাবে নামিয়া জরায়ুগহ্বরে পুনঃপ্রবেশ করিয়া থাকে। জলমুচি ভাঙ্গিবার পূর্ব্বে রজ্জু নিম্নভাবে এইরূপে পুনঃপ্রবেশিত হইবার অধিক সম্ভাবনা। জলমুচি ভাঙ্গিলে মাতাকে এইরূপে সংস্থাপিত করিয়া অঙ্গুলির সাহায্যে রজ্জু জরায়ু মধ্যে পুনঃপ্রবেশিত হইতে পারে। রজ্জু প্রাগবতীর্ণ অংশের নিম্ন হইতে উর্দ্ধে যাইলে বহিশ্চাপে ভ্রূণকে নামাইয়া প্রসবপথে ন্যস্ত করা আবশ্যক। তাহা করিলে রজ্জু আর নামিয়া আসিতে পারে না। রজ্জু পুনঃপ্রবেশিত হইলে বস্তিদেশ কিছুক্ষণ উচ্চভাবে সংস্থাপিত রাখা আবশ্যক।

গাম ইলাষ্টিক ক্যাথিটারের সাহায্যে রজ্জু জরায়ুগহ্বরে পুনঃপ্রবেশিত হইতে পারে। ক্যাথিটারের চক্ষুস্থিত ছিদ্র দ্বারা একটী নরম সূতার ফাঁসে রজ্জুকে ষ্টিলেট লাগাইয়া দিয়া বেদনার বিরামকালে ক্যাথিটার জরায়ুগহ্বরে প্রবেশিত করিতে হয়। তাহার পর প্রাগবতীর্ণ অংশ যখন নামিয়া আইসে, ষ্টিলেটটী টানিয়া লইলে রজ্জু ফাঁসের সহিত খুলিয়া জরায়ুগহ্বরে থাকিয়া যায়। তখন ক্যাথিটার বাহির করিয়া লওয়া যাইতে পারে। এসম্বন্ধে অনেক প্রকার যন্ত্র প্রস্তুত আছে, তৎসমুদায় দ্বারা রজ্জু তুলিতে বিশেষ সাহায্য পাওয়া যায়।

জরায়ুগহ্বরে রজ্জু পুনঃপ্রবেশিত করিতে না পারিলে ইহাকে অন্তর সেক্রো-ইলিয়াক সিঙ্কণ্ড্রোসিসের নিকট সংস্থাপিত করা আবশ্যক। এইস্থলের প্রসর অধিক, এইজন্য এইখানে রাখিলে নাভিরজ্জুর উপর অধিক চাপ না লাগিবার সম্ভাবনা; ইহার উপর বস্তিগহ্বর প্রশস্ত থাকিলে এবং জরায়ু সজোরে সঙ্কুচিত হইলে শিশু সজীব অবস্থায় ভূমিষ্ঠ হইবে বলিয়া অধিক আশা করিতে পারা যায়। প্রসবকার্য্য স্বভাবতঃ শীঘ্র সম্পন্ন না হইলে কৃত্রিম উপায় অবলম্বন করা আবশ্যক। মস্তক প্রসবপথে নামিয়া আসিলে "ফর্সেপ্স" প্রয়োগে প্রসবকার্য্য সম্পাদন করা বিধেয়; কিন্তু মস্তক উর্দ্ধে ও সহজে সঞ্চাল্য থাকিলে বিবর্ত্তন-ক্রিয়া দ্বারা পা নামাইয়া আনিয়া প্রসবকার্য্য সম্পাদন করিতে পারা যায়।

অষ্টাদশ অধ্যায়।

বিলম্বিত ও ত্বরিত প্রসব।

পূর্ব্বে বলা হইয়াছে যে, স্বাভাবিক প্রসবকার্য্য ২৪ ঘণ্টার মধ্যে সমাপ্ত হইয়া থাকে। কোন কারণে প্রসব এই সময়ের মধ্যে সমাপ্ত না হইলে তাহাকে বিলম্বিত প্রসব বলা যায়। নিঃসারক-বলের অভাব বা অল্পতা, প্রসব-পথের অবরোধ এবং ভ্রূণের অস্বাভাবিক অবস্থা প্রযুক্ত প্রসব বিলম্বিত হইতে পারে। নিঃসারক বলের অভাব বা অল্পতা প্রযুক্ত যে, প্রসব বিলম্বিত হয়, তদ্বিষয় এস্থলে বর্ণিত হইল, অন্যান্য বিষয় স্থানান্তরে আলোচিত হইবে।

প্রসব বিলম্বিত হইলে প্রসবিনী ও ভ্রূণ—উভয়েরই বিপদাশঙ্কা বৃদ্ধি পাইয়া থাকে। প্রসবের প্রথম ষ্টেজ বা ক্রম বিলম্বিত হইলে সচরাচর তত বিপজ্জনক নহে। তৎকালে এমনিয়ম থলি অক্ষুণ্ণ থাকাতে জরায়ু-সঙ্কোচন-জনিত চাপে মাতা ও ভ্রূণের অনিষ্ট হইবার সম্ভাবনা অধিক থাকে না, নিঃসারক-বল জরায়ুমুখে ও ভ্রূণের উপর কোমল তরল চাপ প্রদান করিতে থাকে, তাহাতে পরিস্রবের শোণিত-সঞ্চালনের বিশেষ ব্যাঘাত জন্মাইতে পারে না এবং জরায়ুমুখের উপর উত্তেজনা সাধিত হয় না। কিন্তু দ্বিতীয় ক্রম বিলম্বিত হইলে মাতা ও ভ্রূণের বিপদ সাতিশয় বর্দ্ধিত হইয়া উঠে। এমনিয়স জল বহির্নিঃসৃত হইবার পর পরিস্রব ভ্রূণের দেহের উপর চাপিয়া আইসে, তাহাতে পরিস্রবের শোণিত-সঞ্চালনের ব্যাঘাত জন্মাইয়া থাকে। ভ্রূণের মস্তক প্রসব-পথে অনেকক্ষণ আবদ্ধ থাকাতেও ইহার জীবন বিপন্ন হইয়া পড়ে এবং চাপপ্রযুক্ত প্রসব-পথের কোমল টিসু সমূহে প্রাদাহিক অবস্থা অল্প বা অধিক পরিমাণে উদ্ভূত হইয়া থাকে।

বিলম্বিত প্রসবে জরায়ু ও দেহের সাধারণ বল ক্ষুণ্ণ হইয়া অনেক স্থলে বিপদাগমের কারণ হইয়া থাকে। দ্বিতীয় ক্রমে আনুষঙ্গিক প্রসব-বল উদ্ভূত হয় এবং তৎসঙ্গে জরায়ু পূর্ব্বাপেক্ষা অধিক জোরে সঙ্কুচিত হইতে থাকে। কিন্তু কোন কারণে প্রসব অগ্রসর না হইলে জরায়ু নিষ্ফলরূপে কার্য্য করিতে করিতে ক্রমে বলক্ষুণ্ণ হইতে থাকে। জরায়ু অধিক জোরে সঙ্কুচিত হইলে উৎকট বলক্ষুণ্ণতা অতীব শীঘ্র হইবার সম্ভাবনা, কিন্তু যেস্থলে জরায়ু অতিশয় জোরে সঙ্কুচিত হয় না, সেস্থলে অল্প সময়ের মধ্যে অধিক বল ক্ষয় না হইতে পারে। জরায়ুর বলক্ষুণ্ণতার সহিত দেহের সাধারণ বলক্ষুণ্ণতা হইতে থাকে। বিপদসূচক বলক্ষুণ্ণতার লক্ষণাবলির উপর চিকিৎসকের বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। এইরূপ বলহ্রাস অধিক হইবার পূর্ব্বে উপযুক্ত চিকিৎসা করিতে পারিলে প্রভিণী ও গর্ভস্থ শিশুকে অনেক সঙ্কট বিপদ হইতে রক্ষা করিতে পারা যায়। জরায়ুর সঙ্কোচনের ক্ষমতা আরম্ভ করিলে বেদনা পূর্ব্বের ন্যায় জোরে প্রকাশ পায় না, ইহার স্থিতিকাল কমিয়া আইসে এবং তৎসঙ্গে ইহার বিরামকাল বৃদ্ধি পায়। এই অবস্থায় বেদনার বিরামকালে জরায়ু-প্রাচীরের শিথিলতা স্পষ্ট লক্ষিত হয়। জরায়ুর এই বলক্ষুণ্ণতার সহিত দেহের সাধারণ বলক্ষুণ্ণতা অধিক পরিমাণে প্রায়ই থাকে না। পরে জরায়ুর বল অতিশয় ক্ষুণ্ণ হইয়া পড়িলে বিরামকালে জরায়ু সম্পূর্ণ শিথিল হয় না— অবিরাম কুঞ্চিতভাবে থাকে, —জরায়ুর "ক্ষণিক" বা সবিরাম সঙ্কোচনের পরিবর্ত্তে "টণিক" বা অবিরাম সঙ্কোচন হয়। জরায়ুর এইরূপ নিরবচ্ছিন্ন কুঞ্চিতভাব ইহার উত্তেজনা ও বলক্ষুণ্ণতার অভ্রান্ত নিদর্শন এবং ইহার সহিত দেহেরও সাধারণ বলক্ষুণ্ণতার লক্ষণাবলি প্রায়ই অধিক পরিমাণে বিদ্যমান থাকে। এরূপ অবস্থা অতিশয় শোচনীয়. এই অবস্থা হইতে মাতা ও গর্ভস্থ শিশুকে অচিরে মোচন না করিলে ঘোরতর বিপদ হইয়া থাকে।

ভ্রূণ-মস্তকের অনিষ্টকর চাপে প্রসব-পথে প্রাদাহিক লক্ষণাবলি উদ্ভূত হইলে প্রসবিনীর নাড়ী দ্রুত হইয়া পড়ে, ত্বক্ উত্তপ্ত ও পরিশুষ্ক হয়; সঙ্গে সঙ্গে শারীর তাপ বাড়িয়া উঠে। যোনির নিঃস্রব

কমিতে আরম্ভ করে; পরে ইহা শুষ্ক ও উত্তপ্ত হইয়া উঠে। দেহের সাধারণ বলক্ষুণ্ণতার লক্ষণ প্রকাশ পায় এবং প্রসবিণী অস্থির, ব্যাকুল ও বিত্রস্ত হইয়া পড়েন। বমনের উদ্রেক হয় এবং সময়ে সময়ে ঘন ঘন উদ্বমনে রোগিণী নিরতিশয় নিপীড়িত হইয়া থাকেন। এরূপস্থলে প্রসবকার্য্য শীঘ্র সম্পাদিত না হইলে প্রাদাহিক অবস্থা বর্দ্ধিত হয়, যোনির টিস্থ সমুদায় স্ফীত হইতে থাকে এবং পরে চাপজনিত প্রদাহের আতিশয্যে স্থানিক বিধ্বংস-ক্রিয়া হইবার সাতিশয় সম্ভাবনা। এইরূপে অনেকস্থলে "রেক্টো-ভেজাইন্যাল" ও "ভেসিকো-ভেজাইন্যাল ফিষ্টুলা" উৎপাদিত হইয়া থাকে। রোগিণী ক্রমে টাইফয়েড অবস্থাগ্রস্ত ও অবসন্ন হইয়া পরিশেষে মৃত্যুমুখে পতিত হইতে পারেন। মৃত্যুর পূর্ব্বে কোন কোন স্থলে কন্‌ভল্‌শন, কোমা প্রভৃতি দুর্লক্ষণ নিচয় উদ্ভাবিত হইতে দেখা যায়।

প্রসব-বল সম্যকরূপে বিকাশ পাইয়া কিয়ৎপরিমাণে অথবা সম্পূর্ণরূপে ক্ষুণ্ণ হইতে পারে। প্রসবপথে কোনরূপ বাধা না থাকিলেও এরূপ ক্ষুণ্ণতা ঘটিয়া থাকে। কেবল জরায়ুর বলক্ষুণ্ণতা হইলে তাহাকে "ইউটেরাইন ইনার্শিয়া" বলা যায়, জরায়ুর বলক্ষুণ্ণতা ব্যতীত আনুষঙ্গিক প্রসব-বলের অভাবে অথবা পূর্ণ বিকাশ না হওয়াতেও প্রসব বিলম্বিত হইতে পারে। জরায়ু বিষমভাবে সঙ্কুচিত হইলে প্রসব-বল সম্যক্‌রূপে বিকশিত হইতে পায় না। এরূপ হইলেও জরায়ুর বলক্ষুণ্ণতা বলিয়া পরিগণিত হইয়া থাকে। যে সকল কারণে নিঃসারক-বল ক্ষুণ্ণ হইয়া থাকে, তন্মধ্যে কয়েকটী নিম্নে প্রকটিত হইল।

(ক) লাইকার এমনিয়মের আধিক্য।—এমনিয়ম জলের আধিক্য বশতঃ জরায়ু অতিশয় বিস্ফারিত থাকিলে ইহা সম্যক্‌রূপে সঙ্কুচিত হইতে পায় না; তাহাতে জরায়ুমুখের বিস্ফারণে অধিক সময় লাগে। এইজন্য লাইকার এমনিয়ম অধিক থাকিলে অনেকস্থলে প্রসবের প্রথম ক্রম বিলম্বিত হইয়া থাকে।

(খ) এমনিয়ম থলীর সংশ্লেষ।—এমনিয়মথলী জরায়ু-প্রাচীরে দৃঢ়ভাবে সংশ্লিষ্ট থাকিলে প্রসবের অগ্রসরণে বিলম্ব হয়। জরায়ু

সঙ্কোচনে এমনিয়মথালী নামিতে পারে না, অনেক স্থলে বেদনার আতিশয্য ও বিষমতা হইতে দেখা যায়, বেদনাকালে এমনিয়মথালী অধিক নামে না এবং জরায়ুমুখও সম্যক্‌রূপে বিস্ফারিত হয় না।

(গ) এমনিয়ম থালীর অকাল ভঙ্গ।—প্রথম ক্রম পূর্ণ হইবার পূর্ব্বে জলমুচি ভাঙ্গিলে প্রসব বিলম্বিত হইবার সাতিশয় সম্ভাবনা। জলমুচি অক্ষুণ্ণ থাকিলে নিঃসারকবলে একটী তরল কীলকের ন্যায় জরায়ুমুখে ন্যস্ত হইয়া ইহাকে বিস্ফারিত করিতে থাকে, অস পূর্ণ বিস্ফারিত হইবার পূর্ব্বে জলমুচি ভাঙ্গিলে এই তরল কীলকের পরিবর্ত্তে প্রাগবতীর্ণ অংশ জরায়ুমুখের উপর আসিয়া পড়ে; তাহাতে অসের বিস্ফারণে অধিক সময় লাগে এবং প্রাগবতীর্ণ মস্তক জরায়ু-মুখের উপর আসিয়া পড়াতে উত্তেজনা উদ্ভাবিত করিয়া ইহার বিস্ফারণে বিশেষ ব্যাঘাত উৎপাদন করিতে পারে।

(ঘ) সরলান্ত্র ও মূত্রাশয়ের পরিপূর্ণতা।—নিম্ন অন্ত্র মলপূর্ণ থাকিলে প্রসবপথে চাপ প্রদান করে এবং আবদ্ধ মলের উত্তেজনা জরায়ু-সঙ্কোচনের বিপর্য্যয়ের কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে, সেই সঙ্গে জরায়ু অনেকস্থলে বিষমভাবে সঙ্কুচিত হয়। মূত্রাশয় পূর্ণ থাকিলেও জরায়ু-সঙ্কোচনের বিঘ্ন উৎপাদন করে এবং আনুষঙ্গিক প্রসব-বলও পূর্ণভাবে বিকসিত হয় না।

(ঙ) জরায়ুর অস্বাভাবিক সংস্থিতি।—জরায়ুর অস্বাভাবিক সংস্থিতি প্রযুক্ত প্রসব বিলম্বিত হইতে পারে। এবডোমেন-প্রাচীরের শিথিলতা প্রযুক্ত জরায়ুর সম্মুখানমন থাকিলে, জরায়ুর মুখ পশ্চাতে সেক্রমের দিকে থাকে; তাহাতে নিঃসারকবল প্রসবপথের মধ্যরেখার সমান্তরভাবে চালিত হয় না, পশ্চাদ্দিকে চালিত হইয়া থাকে। জরায়ু পার্শ্বভাবে অবনত হইয়াও এইরূপে প্রসবের বিঘ্ন ঘটাইতে পারে।

(চ) স্নায়বিক কারণ।—ভীতি, উৎকট মানসিক উত্তেজনা, অথবা বিষম নৈরাশ্য ও দুঃখ, শোক প্রভৃতি স্নায়বিক কারণে নিঃসারকবলের বিপর্য্যয় হইয়া প্রসব বিলম্বিত হইতে পারে। কোন কোন স্থলে চিকিৎসক সূতিকাগারে প্রবিষ্ট হইবামাত্র প্রায়ই বেদনা সহসা ক্ষণকালের জন্য বন্ধ হইয়া যায়; তাহাতেও প্রসব বিলম্বিত হইতে পারে। দুর্ব্বলকর

আবর্ত্ত প্রভাব ও আত্যন্তিক বিলাস বিভোগে স্নায়বিক দুর্ব্বলতা সাধিত হওযাতে জবায়ু-সঙ্কোচনেব ব্যতিক্রম হইতে পাবে। স্নাযবিক প্রকৃতি কোন কোন স্থলে বিলম্বিত প্রসবেব কাবণরূপে কার্য্য করিযা থাকে। যাহাবা অল্পেই ব্যাকুল হইযা পড়ে, তাহাদেব জবায়ু-সঙ্কোচনের সমতা থাকে না; বেদনা অল্পক্ষণস্থাযী এবং ক্র্যাম্প প্রকৃতি বিশিষ্ট হইয়া থাকে। এরূপ স্থলে জবায়ুমুখ-বিস্ফাবণে প্রাযই বিলম্ব হইতে দেখা যায়।

(ছ) খোবাক্স ও এব্‌ডোমেন-গহ্বরেব পীড়া।—এসাইটিস ওভেবিব অর্ব্বুদ, ব্রঙ্কাইটিস্, এজ্‌মা প্রভৃতি এব্‌ডোমেন ও চেষ্টগহ্বরেব পীড়া থাকিলে আনুষঙ্গিক প্রসব-বল পূর্ণভাবে উদ্ভূত হইতে পায় না; তাহাতে প্রসব বিলম্বিত হইবাব সম্ভাবনা।

(জ) দেহের সাধারণ অবস্থা।—দেহেব সাধাবণ দুর্ব্বলতা থাকিলে নিঃসাবকবল কম হইবাব অধিক সম্ভাবনা। কিন্তু তজ্জন্য সকল স্থলে প্রসবেব ব্যাঘাত উৎপন্ন হইতে দেখা যায় না, কেননা সাধারণ বলক্ষুণ্ণতাব সহিত নিঃসাবক পথেব টিসু সমুদায দুর্ব্বল থাকাতে প্রসবেব প্রতিরোধ কমিযা যায়, তাহাতে জবাযুব সঙ্কোচন জনিত বল কমিয়া যাইলেও অনেক স্থলে প্রসবকার্য্য অবিলম্বে সম্পাদিত হইযা থাকে। থাইসিস বোগগ্রস্তা প্রসবিণীদিগের প্রায়ই এইরূপ ঘটিয়া থাকে।

(ঝ) ঘন ঘন গর্ভধারণ।—ঘন ঘন গর্ভধাবণ প্রযুক্ত দেহেব সাধাবণ বল ক্ষুণ্ণ হইযা পডিলে প্রসব বিলম্বিত হইতে পাবে। পুনঃ পুনঃ সন্তানপ্রসব প্রযুক্ত জবায়ু প্রায় অসুস্থ হইয়া পড়ে; তাহাতে জরায়ুর বলক্ষুণ্ণতা সহজেই হইয়া থাকে। জবাযুপ্রাচীবে "ইবিটেশন" বা প্রাদাহিক ভাব থাকিলে প্রসববেদনাব ব্যতিক্রম হইয়া থাকে।

(ঞ) প্রসবিণীর বযঃক্রম।—অতিশয় অল্প বয়সে গর্ভ হইলে জরায়ু-সঙ্কোচনের বিষমতা হইয়া প্রসব বিলম্বিত হইবার সম্ভাবনা; কেননা ঐ সময়ে জবায়ুর পৈশিক নির্ম্মাণ পূর্ণতা প্রাপ্ত হইতে পায় না। ঐকালে প্রসব-পথ কঠিন ও দৃঢ় থাকাতে সহজে বিস্ফাবিত হয় না; তাহাতেও প্রসব বিলম্বিত হইয়া থাকে। প্রথম গর্ভ অধিক বযসে হইলেও প্রসবপথের দৃঢ়তা বশতঃ প্রসব বিলম্বিত হইতে পাবে।

চিকিৎসা।—প্রসবের বলক্ষুণ্ণতা চিকিৎসা করিতে হইলে প্রথমে তাহার কারণ নির্দ্ধারণ করা উচিত, কেননা সেই কারণের চিকিৎসার উপরই বলক্ষুণ্ণতার চিকিৎসা নির্ভর করে। যদি এমনিয়মজলের আধিক্যই ইহার কারণ হয়, এমনিয়মজল কিয়ৎপরিমাণে নিঃসারণ করা আবশ্যক। এরূপ করিতে হইলে এমনিয়ম থালীতে কিঞ্চিৎ উর্দ্ধে ক্যাথিটার দ্বারা একটী ছিদ্র করিতে হয়; তাহার পর আবশ্যকমত এমনিয়ম বহির্গত হইলেই ক্যাথিটার বাহির করিয়া লওয়া কর্ত্তব্য, ইহাতে সমুদায় এমনিয়ম বহির্গত হইবার সম্ভাবনা কমিয়া যায় এবং প্রসব নিয়মিতরূপে অগ্রসর হইতে থাকে। ঝিল্লি সংশ্লিষ্ট বলিয়া বোধ হইলে যদি অঙ্গুলি দ্বারা ইহাকে জরায়ুর মুখ-প্রদেশ হইতে বিযুক্ত করিয়া দেওয়া যায়, তাহা হইলে বিলম্বের কারণ বিদূরিত হইতে পারে। জলমুচি অকালে বিচ্ছিন্ন হইলে যাহাতে প্রসবিণীর বলক্ষুণ্ণতা অধিক না হইতে পায়, তদ্বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। নিম্ন অন্ত্র মলপূর্ণ থাকিলে এনিমাদ্বারা অন্ত্র পরিষ্কার করা কর্ত্তব্য এবং মূত্রাশয় বিস্ফারিত থাকিলে মূত্র নিঃসারিত করা আবশ্যক। যদি জরায়ুর স্থানচ্যুতি থাকে, এই দোষ-সংশোধনের উপযোগী উপায় অবলম্বন করিয়া যাহাতে নিঃসারক-বল প্রসব-পথের সমান্তরভাবে কার্য্য করিতে পারে, তদ্বিষয়ে দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য;—জরায়ু সম্মুখভাগে অবনত থাকিলে প্রসবিণীকে উত্তানভাবে শায়িত করিয়া এব্‌ডোমেন-প্রাচীরোপরি উপযুক্ত পটবন্ধনী প্রয়োগ এবং বেদনাকালে আবশ্যক বোধে জরায়ুর উপর হস্ত দ্বারা পশ্চাৎ চাপ প্রদান করিতে হয়। জরায়ু পার্শ্বে অবনত থাকিলে অনেক স্থলে রোগিণীকে অবনতির বিপরীত দিকে শায়িত করিয়া রাখিলেই বিঘ্নের কারণ বিদূরিত হইয়া থাকে। স্নায়বিক কারণ থাকিলে উপযুক্ত আশ্বাস বাক্য দ্বারা প্রসবিণীকে উৎসাহ দেওয়া আবশ্যক; স্থলবিশেষে ক্লোরাল হাইড্রাস প্রভৃতি ঔষধ প্রয়োগ আবশ্যক হইয়া পড়ে।

প্রসবের প্রথম ক্রমে স্নায়বিক বলের অবসাদন বশতঃ বেদনা মন্দীভূত হইতে থাকিলে রোগিণীকে বিশ্রাম করিতে দেওয়া আবশ্যক। জরায়ুর এই বলক্ষুণ্ণতার সহিত দেহের সাধারণ বলক্ষুণ্ণতা প্রায়ই অধিক পরিমাণে বিদ্যমান

থাকে না; জরায়ুর সঙ্কোচনবল কমিয়া আইসে; বেদনার স্থিতিকাল হ্রাস পায় এবং বিরামকাল বাড়িতে থাকে। কিন্তু জরায়ু-সঙ্কোচনের "ক্লনিক" প্রকৃতি বিদ্যমান থাকাতে বেদনার বিরামকালে জরায়ুর শিথিলতা স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়। এরূপ স্থলে উপযুক্ত চিকিৎসার সাহায্যে, অথবা আপনা আপনিই বেদনা কয়েক ঘণ্টা বন্ধ থাকিয়া আবার নব বল সহকারে উদ্ভূত হইয়া থাকে এবং স্বভাবের উদ্যমেই প্রসব সম্পাদিত হইতে পারে। জরায়ুর উক্তরূপ বলক্ষুণ্ণ অবস্থায় অহিফেন দ্বারা বিশেষ উপকার হইয়া থাকে। আধ ড্রাম টিঞ্চার অহিফেন, অথবা ২০ বিন্দু লাইকার ওপিয়াই সিডেটাইভস এনিমারূপে প্রয়োগ করিলে বেদনা প্রশমিত হয় এবং রোগিণী নিদ্রাভিভূত হইয়া পড়েন। বিশ্রামান্তে জরায়ু নব বলের সহিত পুনরায় সঙ্কুচিত হইতে আরম্ভ করে। জরায়ু বিষমভাবে সঙ্কুচিত হইলে হাইড্রেট অব ক্লোর‍্যাল সেই বিষমতা দূর করে, তাহাতে জরায়ু সমভাবে সঙ্কুচিত হইতে থাকে। এই উদ্দেশ্যে হাইড্রেট অব ক্লোর‍্যাল ১২ গ্রেণ পরিমাণে এক মাত্রা,—কোন কোন স্থলে অল্প সময়ান্তর দুই তিনবার দেওয়া আবশ্যক হইয়া পড়ে। ইহার প্রভাবে বেদনার যাতনা অনেক পরিমাণে বিদূরিত হয়, জরায়ু নিয়মিতরূপে সঙ্কুচিত হইতে থাকে; ইহার কার্য্য পূর্ণভাবে হইলে বেদনার বিরামকালে রোগিণী নিদ্রাভিভূত হইয়া পড়েন, বেদনা আসিলেই ঘুম ভাঙ্গিয়া যায়; কিন্তু ইহার তীব্রতা তত অনুভব করেন না।

জরায়ুর বলক্ষুণ্ণতা বশতঃ ইহার সঙ্কোচন টণিক প্রকৃতির হইলে তৎসঙ্গে দেহের সাধারণ বলক্ষুণ্ণতা প্রায়ই অধিক পরিমাণে থাকিতে দেখা যায়। জরায়ু নিরবচ্ছিন্ন কুঞ্চিত ভাবে থাকে, বেদনার বিরামকালেও জরায়ুর পূর্ণ শিথিলতা লক্ষিত হয় না। জরায়ুর এই টণিক সঙ্কোচন ইহার আত্যন্তিক বলক্ষুণ্ণতা ও উত্তেজিত অবস্থার একটী অভ্রান্ত নিদর্শন। এরূপ অবস্থা হইলে ক্ষুণ্ণ বল উত্তরোত্তর অধিকতর ক্ষুণ্ণ হইতে থাকে; এসময়ে অহিফেন প্রয়োগ প্রভৃতি প্রাকৃতিক উপায় অবলম্বন করিলে রোগিণীর বিপদ আরও বর্দ্ধিত হইয়া উঠে; কৃত্রিম উপায়ের সাহায্যে প্রসবকার্য্য যত শীঘ্র সম্পাদিত হয়, ততই মঙ্গল।

দ্বিতীয় ক্রম বিলম্বিত হইলে অধিক বিপদের আশঙ্কা, এই অবস্থায় শ্রান্তিনিবারণোপযোগী উপায় অবলম্বন করিতে গেলে মাতা ও ভ্রূণ—উভয়েরই বিপদ বাড়িয়া উঠে। এইজন্য উপযুক্ত ঔষধাদি দ্বারা ও কৃত্রিম উপায়ে প্রসবকার্য্য শীঘ্র সম্পাদিত করা আবশ্যক।

অবসাদক ঔষধ।

হাইড্রেট অব ক্লোরাল।—জরায়ুর বিষম সঙ্কোচনে হাইড্রেট অব ক্লোরালের বিষয় লিখিত হইয়াছে। সার্ভিক্সের দৃঢ়তাবশতঃ ইহা সহজে বিস্ফারিত না হইলে এই ঔষধিদ্বারা বিশেষ উপকার হইতে পারে। স্নায়বিক প্রকৃতিবিশিষ্ট গর্ভিণীদিগের পক্ষে ইহা বিশেষ উপকারে আইসে। ইহার প্রভাবে প্রসবিণী বেদনার তীব্রতা অনুভব করিতে পারেন না। কিন্তু ইহা দ্বারা জরায়ু সঙ্কোচনে বিঘ্ন সমুৎপাদিত না হওয়াতে প্রসব অগ্রসর হইতে থাকে। জরায়ুসঙ্কোচনের বিষমতা থাকিলে তাহা বিদূরিত হয়; ও দৃঢ় সার্ভিক্স সহজে বিস্ফারিত হইয়া থাকে।

ক্লোরোফর্ম্ম।—সার্ভিক্স সহজে বিস্ফারণশীল না থাকিলে এই ঔষধি অল্প পরিমাণে প্রয়োগ করা যাইতে পারে। ইহা পূর্ণভাবে প্রয়োগ করিলে ইহাদ্বারা জরায়ুসঙ্কোচনের ব্যতিক্রম ঘটে। এইজন্য যথায় জরায়ুর বলক্ষুণ্ণতা হইবার সম্ভাবনা তথায় এই ঔষধ প্রয়োগ করা যুক্তিযুক্ত নহে। কিন্তু যেস্থলে জরায়ু অক্ষুণ্ণভাবে জোরে সঙ্কুচিত হইতেছে এবং জরায়ু-মুখের অথবা অপত্যপথের দৃঢ়তা প্রযুক্ত প্রসব অগ্রসর হইতেছে না, তথায় বেদনাকালে ক্লোরোফর্ম্ম অল্প পরিমাণে প্রয়োগ করিলে অবরোধের শিথিলতা সাধন করে, এবং গর্ভিণী বেদনার তীব্রতাও অনুভব করিতে পারেন না; প্রসবও সহজে অগ্রসর হইতে থাকে। বেদনার বিরামকালে এই ঔষধি প্রয়োগ বন্ধ করা আবশ্যক। এইরূপ হিসাবে এই ঔষধিদ্বারা সময়ে সময়ে বিশেষ উপকার দর্শিয়া থাকে।

জরায়ু-সঙ্কোচক ঔষধ।

আর্গট।—এই ঔষধিদ্বারা জরায়ুর সঙ্কোচন সাধন ও পরিবর্দ্ধন করিতে পারা যায়; ইহার প্রভাবে জরায়ু পূর্ব্বাপেক্ষা অধিক জোরে ও ঘন ঘন সঙ্কুচিত হইতে থাকে, কিন্তু সেই সঙ্কোচন নিরবচ্ছিন্ন ভাবে হইয়া টনিক প্রকৃতি অবলম্বন করে, বেদনার বিরামকালেও জরায়ু কুঞ্চিত ভাবে থাকে, ইহার প্রাচীর সম্পূর্ণ শিথিল হয় না। বিলম্বিত প্রসবে জরায়ু সাতিশয় বলক্ষুণ্ণ ও উত্তেজিত হইলে বেদনার বিরামকালেও সেইরূপ কুঞ্চিতভাবে থাকে, আর্গট-প্রয়োগেও ইহার সেইরূপ অবস্থা অনেক পরিমাণে উৎপাদিত হয়। তাহাতে প্ল্যাসেণ্টার শোণিত-সঞ্চালনের ব্যাঘাত জন্মাইয়া ভ্রূণের জীবন বিপন্ন করিয়া তুলে। এইজন্য আর্গট প্রয়োগের পর প্রসবের বিলম্ব হইলে অনেকস্থলে ভ্রূণের মৃত্যু হইয়া থাকে। প্রসব-পথে অবরোধ থাকিলে জরায়ু সাতিশয় জোরে সঙ্কুচিত হইয়া বিচ্ছিন্ন হইতে পারে এবং ইহার প্রাচীরে প্রাদাহিক অবস্থা উৎপাদিত হইবার অধিক সম্ভাবনা।

জরায়ুর বলক্ষুণ্ণতাজন্য আর্গট প্রয়োগ করিতে হইলে জরায়ুমুখ পূর্ণ বিস্ফারিত এবং প্রসব-পথ শিথিল ও বিস্ফারণশীল থাকা আবশ্যক। প্রসব-পথে অবরোধের কোন কারণ থাকিলে এই ঔষধি প্রয়োগ করা বিধেয় নহে। জরায়ুর সঙ্কোচন-বল বৃদ্ধি হইলেই প্রসবকার্য্য অবাধে সম্পন্ন হইতে পারে; এরূপ স্থলেই আর্গট ব্যবহৃত হইয়া থাকে। রোগিণী যদি প্রথম গর্ভিণী না হয়েন, যদি তাঁহার পূর্ব্ব প্রসব অবাধে হওয়াতে বস্তিগহ্বর প্রশস্ত বলিয়া জানা যায়, তাহা হইলে আর্গট প্রয়োগে অধিক ভয় থাকেনা। আর্গটচূর্ণ ১৫ হইতে ২০ গ্রেণ মাত্রায় গরম জলে ভিজাইয়া প্রয়োজিত হইয়া থাকে। আর্গটচূর্ণ একটু দেরিতে ভিজে; এইজন্য ইহার তরল সার ২০ হইতে ৩০ মিনিম মাত্রায় ব্যবহার করা সুবিধা। আর্গটিনের হাইপোডর্মিক সলিউশন ৩ হইতে ৪ মিনিম পরিমাণে হাইপোডর্মিকরূপে প্রয়োগ করিলে ঔষধির কার্য্য শীঘ্র দর্শিয়া থাকে। কোন কোন স্থলে একমাত্রা

ঔষধিতেই জরায়ুর সঙ্কোচন বর্দ্ধিত হইয়া থাকে; কিন্তু অনেক স্থলে ইহার কার্য্যফল পরীক্ষা করিয়া ইহা পূর্ণ অথবা কম মাত্রায় ব্যবহার করিতে হয়। জরায়ু-সঙ্কোচন একবারে কঠোররূপে হইতে না পারে, এইজন্য যতক্ষণ না অভীষ্ট ফল লাভ করা যায়, ততক্ষণ তরল সার দশ মিনিট অন্তর ৫ হইতে ১০ মিনিম মাত্রায় প্রয়োগ করা আবশ্যক।

কুইনাইন।—জরায়ুর উপর কুইনাইন কিরূপ কার্য্য করে, তৎসম্বন্ধে পূর্ব্বে অনেক মতভেদ ছিল; কিন্তু ইদানীং সন্দর্শন দ্বারা এ বিষয় অনেক পরিমাণে নিরূপিত হইয়াছে। এক্ষণে পরীক্ষাদ্বারা স্থিরীকৃত হইয়াছে যে, এই ঔষধির জরায়ুসঙ্কোচন উৎপাদন করিবার ক্ষমতা নাই; কিন্তু প্রসব-বেদনা আরম্ভ হইলে ইহার প্রয়োগে জরায়ু-সঙ্কোচনের ঘনতা ও বল বৃদ্ধি হইয়া থাকে। কুইনাইনের এই নিঃসারক বল বর্দ্ধিত করিবার নিমিত্ত এককালে ১০।১৫ গ্রেণ পরিমাণে এক মাত্রা খাওয়ান আবশ্যক। একবারে অধিক মাত্রায় না খাওয়াইয়া অল্প মাত্রায় ঘন ঘন খাওয়াইলেও অভীষ্ট সিদ্ধ হইতে পারে।

বোরাক্স ও সিনেমন।—জরায়ুর সঙ্কোচনবল বৃদ্ধি করিবার জন্য বোরাক্স ও সিনেমনও প্রযোজিত হইয়া থাকে; কিন্তু ইহাদের কার্য্য নিতান্ত অনিশ্চিত, সেইজন্য ইহাদের উপর সম্পূর্ণ নির্ভর করা যাইতে পারে না। তাড়িত প্রয়োগেও জরায়ুর সঙ্কোচনবল বর্দ্ধিত হইতে পারে; কিন্তু ইহা দ্বারা বিশেষ ফল লাভ করা যায় না।

কৃত্রিম উপায়।

করচাপ।—এবডোমেন-প্রাচীর দ্বারা জরায়ুর উপর করচাপ প্রদান করিলে প্রসবের অগ্রসরণে প্রভূত সাহায্য প্রদত্ত হইয়া থাকে। সুকৌশলক্রমে চাপ প্রদত্ত হইলে ইহা দ্বারা নিঃসারক বল প্রযুক্ত হয়; তাহাতে জরায়ুর সঙ্কোচনও বর্দ্ধিত হইয়া থাকে। যেস্থলে বস্তি-গহ্বরের বিস্তার অধিক এবং প্রসব-পথের কোমলাংশ সমূহের অবরোধ অল্প, সেরূপ স্থলে জরায়ুর পূর্ণ বলক্ষুণ্ণতা থাকিলেও করচাপে ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত হইতে

পারে। জরায়ুতে বেদনাভাব, অথবা ইহার বলক্ষুণ্ণতার সহিত "টণিক" সঙ্কোচন থাকিলে হস্তচাপ প্রদান করা যুক্তিযুক্ত নহে। নিঃসারক পথের কোন অবরোধ থাকিলে চাপ প্রয়োগ করাও অকর্ত্তব্য।

করচাপ প্রয়োগ করিতে হইলে তাহা যতদূর সম্ভব প্রাকৃতিক বেদনার অনুকরণে প্রয়োগ করা আবশ্যক। জরায়ুর ফণ্ডাস ও ইহার দেহের উপরিভাগে উভয় করতল বিস্তৃত করিয়া বেদনাগমে বস্তির প্রবেশ-দ্বারের অভিমুখে নিম্ন ও পশ্চাদ্ভাবে দৃঢ় চাপ প্রয়োগ করিতে হয়; তাহার পর বেদনার অপগমে চাপ উন্মোচন করা আবশ্যক। জরায়ুর প্রত্যেক সঙ্কোচন ও বিস্ফারণে এইরূপ প্রক্রিয়া অবলম্বন করা কর্ত্তব্য। যেস্থলে জরায়ুর বল সম্পূর্ণ ক্ষুণ্ণ হইয়া পড়ে, চাপ প্রদান করিতে হইলে সেস্থলেও স্বাভাবিক প্রক্রিয়ানুসারে চাপ প্রদান করা আবশ্যক,—এক একবার চাপ প্রদানের পর কিয়ৎকাল হস্ত শিথিল করিয়া লওয়া কর্ত্তব্য।

যন্ত্র-প্রয়োগ।—নিঃসারক বল কমিয়া আসিলে, অথবা সম্পূর্ণ ক্ষুণ্ণ হইয়া পড়িলে, ফর্সেপ্স প্রয়োগ আবশ্যক হইয়া পড়ে। এই যন্ত্র প্রয়োগ সম্বন্ধে প্লেফেয়ার, সিম্‌সন ও জনষ্টন প্রভৃতি অধুনাতন চিকিৎসকমণ্ডলী বিপুল আয়াস ও যত্ন সহকারে বহুল সন্দর্শন করিয়াছেন। পূর্ব্বে বিলম্বিত প্রসবে প্রাকৃতিক প্রসবের সমস্ত আশা যতক্ষণ না তিরোহিত হইত, ততক্ষণ যন্ত্রব্যবহার সম্পূর্ণ নিষিদ্ধ বলিয়া অনেকেরই ধারণা ছিল; তজ্জন্য জরায়ুর বলক্ষুণ্ণতা ও সার্ব্বাঙ্গিক অবসন্নতাসূচক লক্ষণাবলির বিকাশারম্ভ না হইলে ফর্সেপ্স প্রয়োগ যুক্তিসিদ্ধ বলিয়া পরিগণিত হইত না। ইহাতে প্রসব অতিশয় বিলম্বিত হইয়া পড়িত, এবং মাতা ও ভ্রূণ—উভয়েরই অবস্থা বিশেষ বিপন্ন হইত। চিকিৎসাশাস্ত্রের আধুনিক উন্নতি সাধনে ইহা একপ্রকার স্বতঃসিদ্ধরূপে প্রমাণিত হইয়াছে যে, প্রাকৃতিক প্রসব-বল বিলীয়মান হইতে আরম্ভ করিলে এবং তদ্দ্বারা প্রসব অতি বিলম্বে সাধিত হইবে বলিয়া প্রতীতি হইলে যে স্থলে ঔষধাদি দ্বারা স্বাভাবিক নিঃসারক বল সম্যক্‌রূপে পরিবর্দ্ধন করা অসম্ভব বা অযৌক্তিক বলিয়া বোধ হয়, সেস্থলে অবিলম্বে ফর্সেপ্স প্রয়োগ করা আবশ্যক। যথাকালে এই উপায় অবলম্বিত হইলে বিলম্বিত প্রসবজনিত অনেক

অনিষ্ট পরিহার করা যাইতে পারে। অধুনা এইরূপ করাতে বিলম্বিত প্রসবে মাতা ও শিশুর মৃত্যুসংখ্যা অপেক্ষাকৃত অনেক কমিয়া গিয়াছে।

জরায়ুর বলক্ষুণ্ণতায় প্রসব কতদূর অগ্রসর হইলে ফর্সেপ্স প্রয়োগ করা বিধেয়, তৎসম্বন্ধে কোন নিশ্চিত নিয়ম প্রকটন করা সম্ভবপর নহে। বেদনার বল ও কার্য্যকলের উপর এই প্রশ্নের মীমাংসা অনেক পরিমাণে নির্ভর করে। প্রসব যত অগ্রসর হয়, ফর্সেপ্স প্রয়োগের ততই সুবিধা; ফর্সেপ্স প্রয়োগের জন্য জরায়ুমুখ সম্যক্‌রূপে বিস্ফারিত এবং ভ্রূণমস্তক বস্তিগহ্বরে প্রবিষ্ট হওয়া আবশ্যক। কিন্তু যেস্থলে মস্তক বস্তিতটের নিম্নে না নামিয়া তাহার ঊর্দ্ধদেশে সহজ-সঞ্চাল্য অবস্থায় সংস্থিত থাকে, সেস্থলে ফর্সেপ্স প্রয়োগের সুবিধা হয় না,—বিবর্ত্তন ক্রিয়া দ্বারা প্রসবকার্য্য সহজে সম্পাদিত হইয়া থাকে। ফর্সেপ্স প্রয়োগ সম্বন্ধে ডাক্তার প্লেফেয়ারের সারগর্ভ বাক্য এস্থলে সন্নিবেশিত হইতে পারে। "বিলম্বিত প্রসবে কি উপায় অবলম্বন করা কর্ত্তব্য, তদ্বিষয়ে আমার এইমাত্র অভিমত যে, প্রসবের দ্বিতীয় ক্রম সম্যক্‌রূপে আরম্ভ হইলে, প্রসব কিরূপে অগ্রসর হইতে থাকে, প্রগাঢ় অভিনিবেশ সহকারে তাহা পর্য্যবেক্ষণ করা এবং তাহার পর বেদনা কি গতিতে অগ্রসর হইতেছে ও তাহার প্রকৃতিই বা কি রূপে, তাহা নির্দ্ধারণ পূর্ব্বক অনুষ্ঠানে প্রবৃত্ত হওয়া কর্ত্তব্য; তৎকালে একথা স্মরণ রাখা উচিত যে, প্রসবে যত বিলম্ব হয়, মাতার—বিশেষতঃ শিশুর বিপদ তত ঘোরতর বাড়িতে থাকে। যখন দেখা যায়, প্রসবকার্য্য নিতান্ত মন্দ গতিতে অগ্রসর হইতেছে, বেদনা ক্রমে কমিয়া আসিতেছে এবং নির্দ্দিষ্ট উপায় দ্বারা তাহার বল বর্দ্ধিত হইবার কিছুই সম্ভাবনা নাই, সেস্থলে যদি ভ্রূণমস্তক বস্তি-গহ্বরে প্রবিষ্ট থাকে, তাহা হইলে আর অপেক্ষা না করিয়া অবিলম্বে ফর্সেপ্স প্রয়োগে প্রসবের সাহায্য দান করা যুক্তিযুক্ত।" এরূপ করিলে অনেক স্থলে শিশুর জীবন রক্ষা করিতে পারা যায় এবং মাতার বস্তির কোমলাংশসমূহের উপর ভ্রূণমস্তকের চাপ পতিত হওয়াতে যে সকল অনিষ্ট সাধিত হইবার সম্ভাবনা, তৎসমুদায় এবং দীর্ঘকাল-স্থায়ী কঠোর যাতনা হইতে মাতা রক্ষিত হইয়া থাকেন।"

ত্বরিত প্রসব।—কোন কোন স্থলে প্রসবকার্য্য অতি অল্প সময়ের মধ্যে সম্পন্ন হইয়া থাকে; এরূপ হইলে ত্বরিত প্রসব বলা যায়। নিঃসারক বলের আধিক্য ও বেদনার ঘনতা অনেক স্থলে ত্বরিত প্রসবের কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। প্রসব-পথের শিথিলতা প্রযুক্তও প্রসব অতিশীঘ্র সম্পাদিত হইতে পারে। যে সকল স্ত্রীলোক বলিষ্ঠ এবং যাঁহাদের বস্তি অতিশয় বিস্তৃত, সচরাচর তাঁহাদেরই ত্বরিত প্রসব হইতে দেখা যায়। আকস্মিক ভীতি অথবা অন্য কোনরূপ মানসিক উত্তেজনাবশতঃও প্রসব অতি সত্বর সম্পন্ন হইতে পারে। জলমজ্জন অথবা শ্বাসরোধ হইবার সময় মৃত্যু-ভয়প্রযুক্ত অতীব অল্প সময়ের মধ্যে সন্তান বহির্নিঃসারিত হইতে দেখা যায়। কার্ব্বনিক অক্সাইড প্রভৃতি দূষিত বাষ্পাঘ্রাণে শোণিত বিষীকৃত হইয়া পড়িলেও প্রসব সত্বর সাধিত হইতে পারে। বসন্ত, টাইফস ও স্কার্লেটিনা প্রভৃতি বৈশেষিক জ্বরপ্রযুক্তও শোণিত দূষিত হইলে এবং এল্‌বুমিনিউরিয়া পীড়ায় জরায়ুর আত্যন্তিক কার্য্যগুরুত্বপ্রযুক্ত সন্তান অতীব অল্প কালের মধ্যে নিঃসারিত হইয়া থাকে।

ত্বরিত প্রসবে অতি তীব্র সঙ্কোচনপ্রযুক্ত জরায়ু বিদীর্ণ হইতে পারে; উৎকট নিঃসারক বলের আকস্মিক বৃদ্ধিতে পেরিনিয়ম হঠাৎ বিস্ফারিত হইয়া ক্ষতবিক্ষত হইবার সম্ভাবনা। তদ্ব্যতীত জরায়ুর "ইন্‌ভার্ষণ" ও হইতে দেখা যায়।

চিকিৎসা।—জরায়ুর অত্যুৎকট কার্য্যের প্রশমনই ত্বরিত প্রসবের উপযুক্ত চিকিৎসা। প্রসূতিকে নিশ্চিন্ত ও নিরুদ্বেগভাবে শায়িত অবস্থায় রাখিলে এই উদ্দেশ্য কিয়ৎ পরিমাণে সিদ্ধ হইতে পারে। এ অবস্থায় একমাত্রা অহিফেন ঘটিত ঔষধ প্রয়োগ করা যাইতে পারে; কিন্তু ঔষধের কার্য্য আরব্ধ হইবার অগ্রেই অনেক স্থলে প্রসব হইয়া যায়। ক্লোরোফর্ম্মের কার্য্য অতি দ্রুত আরম্ভ হয় এবং ইহার জরায়ুর কার্য্য হ্রাস করিবার ক্ষমতা আছে; সেইজন্য ত্বরিত প্রসবে ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগে বিশেষ সুফল লাভ করিতে পারা যায়।

প্রতিরোধাপন্ন প্রসব।

নিম্নলিখিত কয়েক প্রকার কারণ প্রসবের প্রতিরোধ সাধন করিয়া থাকে:—

১। প্রসব-পথের কোমলাংশ সমূহের অস্বাভাবিক অবস্থা।

২। বস্তির কঠিনাংশ সমূহের অস্বাভাবিক অবস্থা, অথবা ইহার বিকৃতি।

৩। ভ্রূণের অস্বাভাবিক অবস্থা, ইহার অপপ্রাগবর্তবণ (ম্যাল প্রেজেণ্টেশন), অপ-আসন (ম্যাল-পোজিশন) ও একাধিক ভ্রূণের একত্র সমাবেশ।

এই সকল কারণ অতি সামান্য হইলে কোন কোন স্থলে কেবল প্রসবকে বিলম্বিত করিয়া থাকে; কিন্তু অনেক স্থলে এই সকল কারণ প্রযুক্ত প্রসব সঙ্কটময় হইয়া পড়ে, অতি সাবধানে ও সতর্কভাবে চিকিৎসা না করিলে প্রসবিনী ও শিশু—উভয়েরই জীবন বিপন্ন হইয়া উঠে।

১। প্রসব-পথের কোমলাংশ সমূহের অস্বাভাবিক অবস্থা।

কতকগুলি কারণ প্রসবের প্রথম ক্রমে, অপর কতকগুলি দ্বিতীয় ক্রমে প্রসবের প্রতিরোধ সাধন করিয়া থাকে, তন্মধ্যে প্রথম ক্রমে যে সকল কারণ প্রসবে বিলম্ব ও প্রতিরোধ সাধন করে, তৎসমুদায়ের উপর গুটিকত কথা এইস্থলে সন্নিবেশিত হইল।

(ক) জরায়ু-গ্রীবার দৃঢ়তা।—অকালে এমনিয়ম-থালির ভঙ্গ ও স্নায়বিক প্রকৃতিবশতঃ জরায়ু-মুখ-বিস্ফারণের বিলম্ব সম্বন্ধে পূর্ব্বে লিখিত হইয়াছে। এমনিয়ম থালী অকালে বিচ্ছিন্ন হইলে ভ্রূণমস্তক জরায়ু-মুখের উত্তেজনা সাধন করে; তাহাতে ইহার বিস্ফারণের ব্যতিক্রম ঘটে; প্রসবিনী স্নায়বিক-প্রকৃতি হইলে অনেক স্থলে বেদনা অতিশয় কষ্টপ্রদ হইয়া উঠে এবং জরায়ুর সঙ্কোচন বিষমভাবে হইতে দেখা যায়।

কোন কোন স্থলে জরায়ু-মুখের স্থূলতা ও কাঠিন্য প্রযুক্ত তাহা সহজে বিস্ফারিত হয় না। এই অবস্থা অসের সর্ব্বত্র থাকিতে পারে ;—কোন কোন স্থলে কেবল তাহার কিনারায় বিদ্যমান থাকে।

(খ) জরায়ুর বহির্মুখের বদ্ধতা।—জরায়ু মুখের বহিরোষ্ঠদ্বয় সংযুক্ত হইয়া জরায়ু-মুখ বদ্ধ হইতে পারে। সসত্ত্বাবস্থায় জরায়ু-গ্রীবায় প্রাদাহিক অবস্থা উৎপাদিত হইলে এইরূপ বিপর্য্যয় সাধিত হইবার সম্ভাবনা। এরূপ হইলে জরায়ু মুখ আবদ্ধ থাকে; বেদনাকালে অনেক স্থলে ইহার কাঠিন্য দেখিতে পাওয়া যায় না, অভ্যন্তরীণ চাপে সার্ভিক্স আতত ও বিস্তারিত হইয়া পড়ে। অসের স্থিতিস্থলে কেবল একটু গভীরতা লক্ষিত হয়, কোন কোন স্থলে অসের স্থিতিস্থল আদৌ অনুভব করিতে পারা যায় না।

(গ) সার্ভিক্সের সিকাট্রিক্স।—প্রসবকালে সার্ভিক্স বিচ্ছিন্ন হইলে, ক্ষত আরোগ্য হইয়া সেই স্থলে সিকাট্রিক্স উৎপাদিত হইয়া থাকে। পূর্ব্ব প্রসব, অথবা অন্য কোন কারণ বশতঃ এরূপ সিকাট্রিক্স অধিক পরিমাণে থাকিলে ইহার কাঠিন্য প্রযুক্ত জরায়ু-মুখের বিস্ফারণে বিশেষ প্রতিরোধ উৎপাদিত করিয়া থাকে।

(ঘ) সার্ভিক্সের হাইপার্ট্রফি।—সার্ভিক্সের পুরাতন হাইপার্ট্রফি থাকিলে ইহা সহজে বিস্ফারিত হয় না। গর্ভাবস্থায় অনেক-স্থলে হাইপর্ট্রফি-গ্রস্ত সার্ভিক্স কোমল ও শিথিল হইয়া আইসে; কিন্তু সময়ে সময়ে ইহা প্রসব-কাল পর্য্যন্ত পুরু ও লম্বায়তন থাকাতে প্রসবের বিশেষ বিঘ্ন উৎপাদন করিয়া থাকে।

(ঙ) ক্যান্সার।—জরায়ু মুখে ক্যান্সার থাকিলে প্রসবের সাতিশয় বিঘ্ন উৎপাদিত হইবার সম্ভাবনা। ক্যান্সার দৃঢ় প্রকৃতির হইলে জরায়ু-মুখ সহজে বিস্ফারিত হয় না, জরায়ু মুখের বিস্ফারণে পীড়া-গ্রস্ত টিসুসমুদায় বিচ্ছিন্ন হওয়াতে শোণিতস্রাব প্রায়ই অধিক পরিমাণে হইয়া থাকে।

এণ্টি-পার্টাম বা প্রাক্‌প্রসবীয় "আওয়ার গ্লাস" সঙ্কোচন।

প্রসবের প্রাক্‌কালে জরায়ুর "আওয়ার গ্লাস" সঙ্কোচন হওয়াতে

প্রসবের সাতিশয় প্রতিরোধ উৎপাদিত হইয়া থাকে। এরূপ ঘটনা অতি বিরল; জরায়ুর সকল স্থলেই এইরূপ সঙ্কোচন হইতে পারে; কিন্তু বোধ হয় জরায়ুর অন্তর্মুখের নিকট এইরূপ সঙ্কোচন অধিক স্থলে হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—প্রতিরোধাপন্ন প্রসবের চিকিৎসা অনেক পরিমাণে প্রতিরোধের কারণের উপর নির্ভর করে। জলমুচি অক্ষুণ্ণ থাকিলে যাহাতে তাহা বিচ্ছিন্ন না হয়, এরূপ সতর্কতা ও সাবধানতা সহকারে অগ্রসর হওয়া আবশ্যক। অতিশয় পরিপুষ্ট ও সবলকায় প্রসূতির সার্ভিক্স দৃঢ় হইলে বমনোদ্দীপক মাত্রায় টার্টার এমেটিক ব্যবহৃত হইতে পারে। এরূপ করিলে দৃঢ় ও কঠিন জরায়ু-গ্রীবা শিথিল হইবার সম্ভাবনা। দৃঢ়তা থাকিলে হাইড্রেট অব ক্লোর্যাল প্রয়োগে বিশেষ উপকার দর্শিয়া থাকে। এই ঔষধ প্রথমতঃ ২০ গ্রেণ মাত্রায় একবার খাওয়াইয়া, তাহার পর ১০ গ্রেণ মাত্রায় আধ ঘণ্টা অন্তর দুই একবার খাওয়াইলে ইহা দ্বারা অনেক স্থলে পূর্ণ সুফল লাভ করিতে পারা যায়। ইহার প্রভাবে জরায়ু সমভাবে সঙ্কুচিত হইতে থাকে; সার্ভিক্সের উত্তেজিতভাব থাকিলে তাহা উপশমিত হয় এবং প্রসূতি বেদনাজনিত কষ্ট অধিক অনুভব করিতে পারেন না। জরায়ু-মুখ শিথিল হওয়াতে পূর্ব্বাপেক্ষা সহজে বিস্ফারিত হইতে থাকে। ক্লোর্যাল উদ্বামিত হইলে তাহা এনিমারূপে প্রযোগ করা আবশ্যক। দৃঢ়তা দূরীকরণের নিমিত্ত ক্লোরোফর্ম্মও প্রয়োজিত হইতে পারে। ক্লোরোফর্ম্ম অধিক পরিমাণে ব্যবহৃত হইলে জরায়ু-সঙ্কোচনের ব্যতিক্রম ঘটায়; এইজন্য ইহা অল্প মাত্রায় এবং কেবল বেদনাকালে প্রয়োগ করা বিধেয়। তাহা করিলে জরায়ু পূর্ব্বের ন্যায় জোরে সঙ্কুচিত হইতে থাকে এবং প্রতিরোধস্থলের শিথিলতা সাধিত হয়। জরায়ুমুখের উপর এক্‌ষ্ট্রাক্ট বেলেডোনা গ্লিসিরিণের সহিত মিশ্রিত করিয়া লাগাইলে ইহার উত্তেজিত ভাব প্রশমিত হইয়া থাকে; তাহাতে জরায়ুমুখ সহজে বিস্ফারিত হইতে পারে। এই উদ্দেশ্যে এট্রোপিনও হাইপোডার্ম্মিকরূপে প্রয়োজিত হইতে পারে। দৃঢ়তা দূরীকরণের জন্য জরায়ু-গ্রীবার উপর আর্দ্র তাপ প্রয়োগ করা যাইতে পারে; এই উদ্দেশ্যে উষ্ণ "হিপবাথ" কয়েক মিনিটের জন্য লওয়া আবশ্যক।

হিগিনসনের সিরিঞ্জ দ্বারা খানিকটা কবোষ্ণ জল সার্ভিক্সে মৃদুভাবে ক্রমে ক্রমে প্রক্ষেপ করিলেও এই উদ্দেশ্য সাধিত হইয়া থাকে।

সময়ে সময়ে ঔষধাদি দ্বারা জরায়ুমুখ বিস্ফারিত করিতে পারা যায় না,—কলকৌশল প্রয়োগে উদ্দেশ্য সাধন করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। এই উদ্দেশ্যে বার্ণসের ইণ্ডিয়া রবার নির্ম্মিত "ডাইলেটর" বা বিস্ফারক ব্যবহৃত হইয়া থাকে। বিস্ফারক নানা আকারের পাওয়া যায়। প্রথমে ছোট আকারের "ডাইলেটর" প্রয়োগ করা আবশ্যক ; তদ্দ্বারা জরায়ুমুখ কিয়ৎ পরিমাণে বিস্ফারিত হইলে ক্রমে পর পর বড় আকারের বিস্ফারক প্রয়োগ করিতে হয়। স্থল বিশেষে "স্পঞ্জটেণ্ট" অথবা "সিট্যাঞ্জল টেণ্ট" ব্যবহৃত হইয়া থাকে। ভ্রূণমস্তক অসমধ্যে অগ্রসর হইলে এই সকল বিস্ফারক প্রয়োগ করিতে পারা যায় না,—অঙ্গুলিচাপে জরায়ুমুখ বিস্ফারিত করিতে হয়। বেদনাকালে চাপ ন্যস্ত করা আবশ্যক।

সার্ভিক্সে অল্প পরিমাণে হাইর্ট্রফি, অথবা সিকাট্রিক্স থাকিলে উল্লিখিত ঔষধাদি ও বিস্ফারণোপযোগী উপায় অবলম্বন করিলেই অনেক স্থলে প্রসবের প্রতিরোধ অপনীত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে ছুরিকা দ্বারা সার্ভিক্স পার্শ্বভাবে চিরিয়া দিতে হয়। সিকাট্রিক্সের বিস্তারানুসারে "ইন্‌সিশনের" সংখ্যা হওয়া আবশ্যক। অনেক স্থলে তিন চারিটী ইন্‌সিশন দিলেই যথেষ্ট হইয়া থাকে। প্রত্যেক "ইন্‌সিশন" সিকি ইঞ্চের অধিক গভীর করিবার আবশ্যক হয় না; ইন্‌সিশন দেওয়াতে অনেক স্থলে জরায়ু-মুখ বিস্ফারিত হইতে দেখা যায়। চিরিয়া দিবার জন্য একখানি বিশ্‌চুরির অগ্র ও নিম্নভাগ ষ্টিকিং প্ল্যাষ্টার অথবা কাপড় দিয়া জড়াইয়া কেবল ইহার ফলকের অগ্রভাগের দিকে আধ ইঞ্চ মাত্র খুলিয়া রাখা আবশ্যক। এইরূপে ছুরিকার উর্দ্ধ ও অধোদেশ আচ্ছাদিত থাকাতে অন্য কোন স্থলে আঘাত লাগিতে পায় না। বিশ্‌চুরিখানি "ব্লাণ্টপয়েণ্টেড" হইলে ইহার অগ্রভাগ আচ্ছাদিত করিবার আবশ্যক নাই। কোন কোন স্থলে ইন্‌সিশনের পরও জরায়ু-মুখ পূর্ণবিস্ফারিত হয় না; সেরূপ স্থলে যদি তাহা ফর্সেপ্স প্রয়োগোপযোগী পরিমাণে বিস্ফারিত হয়, তাহা হইলে উক্ত যন্ত্র ন্যস্ত করিয়া মৃদুভা

ও সতর্কতা সহকারে টান দিলে প্রসব অগ্রসর হইতে পারে। জরায়ু-মুখ বদ্ধ হইয়া পড়িলে অসের স্থিতিস্থানে ক্রুশাকারে ইন্‌সিশন দেওয়া আবশ্যক। ইন্‌সিশনের পর জরায়ু-মুখ আপনিই বিস্ফারিত হইতে পারে ;—সময়ে সময়ে ইন্‌সিশনের পর বিস্ফারণোপযোগী উপায় অবলম্বন করিতে হয়।

ক্যান্‌সার, অথবা সিকাট্রিক্সবশতঃ জরায়ু-গ্রীবার ঘোরতর প্রতিরোধ হইলে "ক্রেনিওটমী" বা সিজেরিয়ন সেক্‌শন" অবলম্বন করা আবশ্যক হইয়া পড়ে।

জরায়ুর "আওয়ার গ্লাস"-সঙ্কোচন থাকিলে হাইড্রেট অব ক্লোর‍্যাল অথবা ক্লোরোফর্ম্ম দ্বারা ইহার বিদূরণে চেষ্টা করিতে হয়। তাহাতে অভীষ্ট সিদ্ধ না হইলে, ডাক্তার প্লেফেয়ারের মতে, বিবর্ত্তনই উৎকৃষ্ট উপায়।

প্রসবের দ্বিতীয় ক্রমে প্রতিরোধের কারণ।

(ক) যোনির প্রতিরোধ।—উপদংশবশতঃ, অথবা ট্রমেটিক, কিম্বা অন্য কোন কারণে ক্ষত হইলে, সেই ক্ষতজনিত সিকাট্রিক্স সঙ্কুচিত হইয়া যোনির আংশিক অবরোধ সাধন করিলে যোনি-প্রাচীর প্রতিরোধাপন্ন হইয়া পড়ে। ঐ সকল কারণবশতঃ যোনিপথে অস্বাভাবিক টিসু উদ্ভূত হইয়া ইহাকে চীরজীবনের জন্য বিকৃত করিবার সম্ভাবনা। কোন কোন স্থলে যোনি-প্রাচীর সাতিশয় দৃঢ় থাকাতে প্রসবের বিঘ্ন উৎপাদিত হইয়া থাকে।

(খ) যোনি-দ্বার ও তন্নিকটস্থ প্রদেশের অস্বাভাবিক অবস্থা।—যোনি-দ্বার ও তন্নিকটস্থ প্রদেশে যে সমস্ত অবরোধ থাকে, তন্মধ্যে কঠিন ও দৃঢ় পেরিনিয়ম, ভল্‌ভার এডিমা, এবং ভল্‌ভা ও ভেজাইনার থ্রম্বসই প্রধান। পেরিনিয়ম দৃঢ় থাকিলে ইহা বিচ্ছিন্ন হইবার আতিশয় সম্ভাবনা; এডিমা অথবা থ্রম্বস থাকিলে স্থানিক প্রদাহ ও বিদারণ সহজে হইতে পারে; পূর্ব্ব প্রদাহবশতঃ লেবিয়ার "এড্‌হিসন"

থাকিলেও প্রসবের প্রতিবোধ সাধন করিয়া থাকে। দৃঢ় ও কঠিন হাইমেন ও ভেজাইনিস্মস্ পীড়াও সময়ে সময়ে প্রসবের অবরোধের কারণ হইয়া পড়ে।

(গ) টিউমার বা অর্ব্বুদ।—নানাপ্রকারের টিউমার বস্তিমধ্যে উদ্ভূত ও বর্দ্ধিত হইয়া প্রসবের ঘোরতর প্রতিরোধ সাধন করিতে পারে। জরায়ু-প্রাচীরের ফাইব্রোমা ও ওভেরীয় অর্ব্বুদ অনেক স্থলে এইরূপ বিঘ্ন উৎপাদিত করিয়া থাকে। ফাইব্রোমা জরায়ুর উর্দ্ধভাগে সংস্থিত হইলে, জরায়ু-সঙ্কোচনের ব্যতিক্রম করিতে পারে; এবং প্রসবান্তে শোণিতস্রাব হইবার অধিক সম্ভাবনা। কিন্তু ফাইব্রোমা জরায়ুর নিম্নভাগে হইলে নিঃসারক পথের অবরোধ সাধন করিয়া থাকে। ওভেরীয় অর্ব্বুদ বৃহদায়তন হইলে এব্ডোমেন-গহ্বরে উন্নত হইয়া পড়ে; তাহাতে যদিও সকল স্থলে নিঃসারক পথের অবরোধ সাধিত হয় না, এব্ডোমেন প্রাচীর সাতিশয় বিস্ফারিত এবং জরায়ুকে স্থানচ্যুত করাতে নিঃসারক বলের ব্যাঘাত জন্মাইয়া থাকে;—আনুষঙ্গিক প্রসব-বল পূর্ণ বিকসিত হইতে এবং জরায়ুর সঙ্কোচন-বল নিঃসারক পথের সমান্তর ভাবে কার্য্য করিতে পারে না। টিউমারের আয়তন ছোট হইলে বস্তিগহ্বরেই আবদ্ধ থাকে; তাহাতে প্রায়ই প্রসবের প্রতিবোধ সাধন করে।

(ঘ) যৌন সিষ্টোসিল।—মূত্রপূর্ণ ব্লাডার কোন কোন স্থলে প্রাগবতীর্ণ অংশের সম্মুখে অবনমিত হওয়াতে তাহার চাপে যোনির সম্মুখ প্রাচীর নামিয়া পড়ে। ইহাতে প্রসব আবদ্ধ হইবার সম্ভাবনা।

(ঙ) সরলান্ত্রে মলপূর্ণতা।—সরলান্ত্রে মলপূর্ণতা প্রযুক্ত যোনির পশ্চাৎ প্রাচীরের উপর চাপ পড়াতে নিঃসারক পথের আয়তন কমিয়া যায়। এই প্রতিরোধ বড় বড় স্কিবুলিজনিত হইলে প্রসবের বিশেষ বিঘ্ন উৎপাদিত করিতে পারে।

(চ) যৌন হর্ণিয়া।—সময়ে সময়ে অন্ত্র ডুগলাসের পাউচ দিয়া যোনির মধ্যে ঠেলিয়া আইসে। তাহাতে প্রসবের প্রতিরোধ সাধন করে এবং বাচ্চার জীবন সাতিশয় বিপন্ন করিয়া তুলে। এরূপ ঘটনা অতিশয় বিরল।

(ছ) ভেসিকেল ক্যাল্কুলস্।—মূত্রাশয়ে পাথুরী থাকিলে তাহা প্রাগবতীর্ণ অংশের সম্মুখে নামিয়া আসিয়া সম্যক্‌রূপে প্রসবের প্রতিরোধ সাধন করিতে পারে।

চিকিৎসা।

প্রতিরোধাপন্ন প্রসবের চিকিৎসা অনেক পরিমাণে নিঃসারক বল ও প্রতিরোধের পরিমাণের উপর নির্ভর করে। নিঃসারক বল প্রবল ও প্রতিরোধ অল্প থাকিলে প্রসব বিলম্বিত হইয়া আপনিই সম্পন্ন হইতে পারে; কিন্তু কোন কোন স্থলে প্রসবিণীর অবস্থা এত বিপন্ন হইয়া পড়ে যে, চিকিৎসককে অতি সাবধানে ও সতর্কভাবে চিকিৎসা করিতে হয়। যোনিনালীতে সিকাট্রিক্স থাকিলে সময়ে সময়ে তাহা ছুরিকা দ্বারা কাটিয়া দিতে হয়। পেরিনিয়ম সাতিশয় দৃঢ় ও কঠিন হইলে ইহার উপর আর্দ্র সেক দেওয়া যাইতে পারে; তাহাতে পেরিনিয়ম শিথিল হইবার সম্ভাবনা। প্রসব-পথের নিঃস্রবণ কম থাকিলে যোনি-প্রাচীরোপরি গ্লিসিরীণ, অথবা কোন প্রকার অনুত্তেজক তৈল নিষেক করা আবশ্যক। কোন স্থলে উত্তেজিত ভাব থাকিলে বেলেডোনার স্থানিক প্রয়োগে উপকার দর্শিবার সম্ভাবনা। হাইড্রেট অব ক্লোর‍্যাল দ্বারা উত্তেজিত অবস্থা বিদূরিত হইতে পারে। পেরিনিয়ম সাতিশয় দৃঢ় ও কঠিন হইলে সময়ে সময়ে ইহার কিনারায় ইন্‌সিশন দেওয়া আবশ্যক।

ভল্‌ভার এডিমা থাকিলে তাহার প্রশমনার্থ কতকগুলি পাঙ্কচার করা আবশ্যক। কঠিন ও দৃঢ় হাইমেন প্রসব-পথের অবরোধ সাধন করিলে তাহা কাটিয়া দিতে হয়।

থ্রম্বস থাকিলে অতি সাবধানে ও সতর্কভাবে চিকিৎসা করা কর্ত্তব্য। থ্রম্বস ক্ষুদ্রায়তন হইলে প্রসবের অধিক প্রতিরোধ না হইতে পারে; কিন্তু মস্তকের চাপ অনেকক্ষণ ইহার উপর ন্যস্ত থাকিলে বিশেষ অনিষ্ট হইবার সম্ভাবনা। এইজন্য মস্তক প্রসব-পথে সম্যক্ অগ্রসর হইলে ফর্সেপ্‌স দ্বারা প্রসব সমাপ্ত করা বিধেয়। থ্রম্বস দ্বারা প্রসবের প্রতিরোধ

সাধিত হইলে, অথবা তাহা বৃহদায়তন হইলে, স্থল বিশেষে প্রসবকালে তাহা বিদাবিত করিয়া অভ্যন্তরীণ "কোয়াগুলা" বহির্নিঃসারিত ও শোণিত-স্রাব বন্ধ করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। শোণিতস্রাব বন্ধ করিবার জন্য টিঞ্চার ফেরিপারক্লোরাইড অনুপ্রবেশিত এবং সময়ে সময়ে বিচ্ছিন্ন রক্তনালীর উপর অঙ্গুলির চাপ ন্যস্ত করিতে হয়।

ফাইব্রোমা দ্বারা প্রসবপথের অবরোধ সাধিত হইলে তাহাকে বস্তি-কটের উর্দ্ধভাগে উঠাইয়া দিবার চেষ্টা করা আবশ্যক; টিউমার উর্দ্ধে তুলিয়া দিতে পারিলে প্রসব অবাধে সম্পাদিত হইতে পারে। স্থলবিশেষে ইহাকে সম্পূর্ণরূপে বিদূরিত করিতে পারা যায়; তাহা না হইলে ইক্রেশিয়র দ্বারা তাহার আংশিক বিদূরণ করা যাইতে পারে। এই সকল উপায় দ্বারা প্রসবের প্রতিরোধ সম্যক্‌রূপে বিদূরিত না হইলে প্রতিরোধের পরিমাণানুসারে ফর্সেপ্স প্রয়োগ, ক্রেনিওটমী, এমন কি স্থান বিশেষে সিজেরিয়ান সেক্‌শনও অবলম্বন করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। টিউমার থাকিলে প্রসবান্তে জরায়ুর সঙ্কোচন সম্যক্‌রূপে না হওয়াতে শোণিতস্রাব হইবার অধিক সম্ভাবনা। এইজন্য এরূপ স্থলে জরায়ুর অভ্যন্তরে সময়ে সময়ে টিঞ্চার ষ্টীল অনুপ্রবেশিত করিয়া শোণিতস্রাব বন্ধ করিতে হয়।

ওভেরীয় অর্ব্বুদ প্রসব-পথের উপর চাপিয়া থাকিলে যদি তাহা উর্দ্ধে এব্‌ডোমেন-গহ্বরে তুলিয়া দেওয়া যায়, তাহা হইলে, প্রতিরোধ কমিয়া প্রসব সহজে সম্পাদিত হইতে পারে। অর্ব্বুদ উর্দ্ধে স্থাপিত করিতে না পারিলে ইহাতে ছিদ্র করিয়া ইহার আধেয় যতদূর সম্ভব বহির্নিঃসারিত করিতে হয়। সময়ে সময়ে এই সকল উপায় দ্বারাও প্রসব সম্পাদিত হয় না; সেরূপ স্থলে ফর্সেপ্স প্রয়োগ, এমন কি ক্রেনিওটমী করাও আবশ্যক হইয়া পড়ে।

পরিপূর্ণ মূত্রাশয় নামিয়া আসিয়া প্রসবের প্রতিরোধ সাধন করিলে মূত্র বহির্নিঃসারিত করা আবশ্যক। "গম ইলাষ্টিক ক্যাথিটার" দ্বারা এই কার্য্য সম্পাদন করিতে হয়। সময়ে সময়ে ক্যাথিটার প্রবেশিত করিতে পারা যায় না, এস্পিরেটার প্রয়োগ আবশ্যক হইয়া থাকে। মূত্র বহির্নিঃ-সারিত হইলে ইহাকে সহজে উর্দ্ধে তুলিতে পারা যায়। মূত্রাশয়ে পাথুরী

থাকিলে, ব্ল্যাডার ত্রিমের উর্দ্ধে স্থাপিত করা আবশ্যক ; তাহাতে কৃতকার্য্য না হইলে প্রসবের প্রতিরোধ বিদূরণজন্য মূত্রনালী বিস্ফারিত করিয়া, অথবা পাথুরী চূর্ণ করিয়া ত্বরিত বহির্নিঃসারিত করা বিধেয়।

হর্ণিয়া থাকিলে তাহা "রিডিউস" করিয়া দেওয়া আবশুক ; তাহা না করিতে পারিলে ফর্সেপ্স প্রয়োগে প্রসব সত্বর সম্পাদিত করা যুক্তিযুক্ত।

সরলান্ত্রের মলপূর্ণতা থাকিলে এনিমা দ্বারা তাহা বহির্নিঃসারিত করিলে প্রসবের প্রতিরোধ বিদূরিত হইয়া থাকে। রেকটামের মলপূর্ণতা বিদূরিত হইলে অনেক স্থলে জরায়ুকে জোরে সঙ্কুচিত হইতে দেখা যায়।

২। বিকৃত বস্তি।

বস্তির কঠিন অংশ সমূহের অস্বাভাবিক অবস্থার মধ্যে ইহার বিকৃত অবস্থাই প্রধান। বস্তির কোনরূপ বিকৃতি থাকিলে প্রসবে নানা প্রকার বিঘ্ন ও বিপদ ঘটিতে পারে। "বস্তির বিকৃতিবশতঃ জরায়ু সম্যক্‌রূপে নিম্নভাবে ন্যস্ত হয় না, ইহা এব্‌ডোমেন প্রাচীরের উপর চাপিয়া আইসে। অভ্যন্তরীণ চাপে এব্‌ডোমেনের সম্মুখ প্রাচীর বিস্ফারিত হইতে থাকে; প্রাচীর শিথিল হওয়াতে জরায়ু অনেক স্থলে সম্মুখে ঝুলিয়া আইসে। এই স্থানচ্যুতিবশতঃ প্রসবকালে নিঃসারক বল বস্তির অক্ষ-রেখার সমান্তর ভাবে চালিত হয় না,—পশ্চাদ্ভাবে সেক্রমের দিকে চালিত হয়। বস্তি বিকৃত থাকাতে প্রসবের প্রাগবতীর্ণ অংশ অপত্যপথে সম্যক্‌রূপে ন্যস্ত হয় না;—অপ-প্রাগবতরণ ও অপ আসন প্রায়ই ঘটিয়া থাকে। সেরূপ স্থলে প্রাগবতীর্ণ অংশের সহিত শিশুর নাভিরজ্জু ও একটী হাত সহজে নামিয়া আসিতে পারে। এইজন্য বিকৃত বস্তিতে অনেক স্থলে রজ্জুর আনমন ও জটিল প্রাগবতরণ হইতে দেখা যায়।

বস্তি সামান্যরূপে বিকৃত হইলে প্রসবের কোন বিশেষ বিঘ্ন না হইয়া কেবল তাহা বিলম্বিত হইতে পারে; কিন্তু বিকৃতি অধিক পরিমাণে হইলে তজ্জনিত রোধবশতঃ অনেকস্থলে মাতা ও গর্ভস্থ শিশুর সাংঘাতিক বিপদ ঘটিয়া থাকে;—অনেক স্থলে প্রসূতির বল ক্ষুণ্ণ হইয়া পড়ে; ক্রিয়াহীন

কলের চাপে প্রসব-পথ বিচ্ছিন্ন হইতে পারে; এবং উপযুক্ত চিকিৎসা না হইলে ভ্রূণ আহত, সময়ে সময়ে মাতা ও ভ্রূণ উভয়েরই মৃত্যু হইয়া থাকে।

নিম্নে বস্তির কয়েকপ্রকার প্রধান প্রধান বিকৃতির বিষয় লিখিত হইল।

(১) সমসঙ্কুচিত বস্তি।—এরূপ বস্তি স্বভাবতঃ খর্ব্ব; ইহার গঠন ও আকৃতির কোনরূপ বিকৃতি থাকে না; সচরাচর বস্তির মাপ-পরিমাণ যেরূপ দেখিতে পাওয়া যায়, সমসঙ্কুচিত বস্তিতে তাহা অপেক্ষা কম হইয়া থাকে; ইহার সর্ব্বত্রই সমভাব খর্ব্বতা ব্যাপ্ত থাকে। কোন কোন স্থলে ব্যাস সমুদায় আধ ইঞ্চ কম, কখন বা তদপেক্ষাও খর্ব্বাকৃতি হইতে দেখা যায়। সমসঙ্কুচিত বস্তির প্রসর কম থাকাতে প্রসবে প্রতিরোধ সমুদ্ভূত হইবার সম্ভাবনা। খর্ব্বাকৃতি স্ত্রীলোকদিগের এইরূপ বস্তি হইবার অধিক সম্ভাবনা।

(২) সমবিস্তৃত বস্তি।—এইরূপ বস্তিতে সমসঙ্কুচিত বস্তির বিপরীত ভাব লক্ষিত হয়। এরূপ বস্তির সমস্ত অংশই সমভাবে বিস্তৃত; ইহার কোন বিকৃতি নাই, ইহার মাপ-পরিমাণ অপেক্ষাকৃত বেশি, এইজন্য এরূপ অবস্থায় প্রসব ত্বরিত হইবার অধিক সম্ভাবনা।

(৩) "ইন্‌ফ্যাণ্টাইল" বা শৈশব বস্তি।—যেস্থলে বস্তির অস্থিসমূহ অতি সুকুমার অবস্থায় পরিপক্কতা প্রাপ্ত হইয়া কঠিন হইয়া পড়ে সেস্থলে বস্তির সেই অবস্থাই চিরজীবনের জন্য রহিয়া যায়। এই বস্তির আকৃতি শৈশব বস্তির ন্যায়। এরূপ বস্তিতে তট ও নির্গমন পথের অনুপ্রস্থ ব্যাস সচরাচর সঙ্কীর্ণ; সেক্রম সোজা এবং পিউবিক আর্চ্চ খর্ব্ব হইয়া থাকে। বস্তির সঙ্কীর্ণতাবশতঃ প্রসবের বিঘ্ন হইতে পারে।

(৪) "ম্যাস্কুলিন" বা পৌরুষ বস্তি।—এরূপ বস্তি কিয়ৎ-পরিমাণে কলেরের মত; বলিষ্ঠ ও দৃঢ়কায় স্ত্রীলোকদিগের সচরাচর এরূপ বস্তি দেখিতে পাওয়া যায়। পৌরুষ বস্তির তট সাধারণতঃ স্বাভাবিক; কিন্তু ইহার গহ্বর গভীর এবং নির্গমনপথের ব্যাসগুলি ছোট হওয়াতে নির্গমনপথের অভিমুখে প্রসবের বাধা উৎপাদিত হইয়া থাকে।

(৫). রিকেটগ্রস্ত বস্তি।—রিকেট রোগে প্রায়ই বস্তির বিকৃতি ঘটিয়া থাকে। দেহের গুরুত্ববশতঃ সেক্রমের উপরে নিম্ন ও সম্মুখভাগে

চাপ প্রদত্ত হওয়াতে অনেকস্থলে এরূপ বিকৃতির কারণ রূপে কার্য্য করিয়া থাকে। এই চাপে বস্তির গোলাকার ভাব বিদূরিত হয়; ইহা অনেক পরিমাণে চেপ্টা হইয়া পড়ে। এরূপ হওয়াতে রিকেটগ্রস্ত বস্তি "ফ্লাটেণ্ড" বা চেপ্টা বস্তি নামে বর্ণিত হইয়া থাকে। রিকেটগ্রস্ত বস্তিতটের সম্মুখ-পশ্চাৎ ব্যাস খাট হইয়া পড়ে, "সেক্র্যাল প্রমণ্টরী" সম্মুখে ঝুঁকিয়া আইসে; সেই সঙ্গে সেক্রোসায়াটিক বন্ধনীদ্বারা আবদ্ধ থাকাতে সেক্রমের অগ্রভাগ সম্মুখদিকে অধিক নত হইয়া পড়ে, তাহাতে সেক্রমের কোরভাব বৃদ্ধি পায়। কোন কোন স্থলে রেকটাই পেশিদ্বয়ের কার্য্যবশতঃ পিউবিস পশ্চাদ্দিকে সরিয়া যায়; এইরূপে সেক্রমের প্রমণ্টরি সম্মুখে ঝুঁকিয়া আসাতে ও পিউবিক অস্থি পশ্চাতে চালিত হওয়াতে ব্রিমের আকার বাঙ্গালা ৪ অঙ্কের ন্যায় হইয়া থাকে। কখন কখন রিকেট রোগে মেরুদণ্ড পার্শ্বভাবে বক্র হওয়াতে বস্তিতট অধিকতর বিকৃত হইয়া পড়ে; তাহাতে সেক্র্যাল প্রমণ্টরী সম্মুখভাগে ও এক পার্শ্বে সরিয়া আইসে। এরূপ হইলে ইহাকে "স্কোলিও-র্যাকাইটিক" বস্তি বলা যায়। চলিয়া ফিরিয়া বেড়াইবার বয়সে রিকেট রোগে আক্রান্ত হইলে বস্তি অষ্টিও-মেলেকিয়া বস্তির আকারে পরিণত হইতে পারে; কিন্তু এরূপ ঘটনা অতি বিরল।

(৬) অষ্টীও-মেলেকিয়া বস্তি।—এই পীড়ায় অস্থি সমূহ নরম হইয়া পড়াতে, দেহের চাপে বস্তি সহজে বিকৃত হইয়া থাকে। সেক্র্যাল প্রমণ্টরী সম্মুখে ঝুঁকিয়া আইসে; সেক্রম অতিশয় কোর হইয়া পড়ে এবং বস্তির উভয় পার্শ্বের প্রাচীরের মধ্যভাগ ভিতর দিকে চাপিয়া আইসে; তাহাতে অনুপ্রস্থ ব্যাসগুলি কমিয়া যায়; পিউবিস সম্মুখভাগে লম্বিত হইয়া আইসে এবং চঞ্চুর ন্যায় হইয়া পড়ে, এইরূপে বস্তির নির্গমন-পথ ও গহ্বরের প্রসর অনেক পরিমাণে খর্ব্ব হইয়া থাকে।

(৭) স্পণ্ডিলো-লিস্থিসিস্:—এই পীড়ায় পঞ্চম কশেরুকা অস্থি স্থানচ্যুত হইয়া সম্মুখে ঝুঁকিয়া আইসে; তাহাতে বস্তিতটের সম্মুখ-পশ্চাৎ ব্যাস খাট হইয়া পড়ে। কেরিস ও রিকেট প্রভৃতি পীড়া হইলে এইরূপ বিকৃতি হইয়া থাকে; কোন কোন স্থলে আজন্ম বা কঞ্জেনিট্যাল স্থানচ্যুতি বশতঃ এরূপ ঘটিতে দেখা যায়।

(৮) কাইফোটিক বস্তি।—মেরুদণ্ডের নিম্নাংশ পশ্চাদ্ভাগে বক্র হইয়া পড়িলে অনেকস্থলে এইরূপ বিকৃতি ঘটিতে দেখা যায়, ইহাতে সেক্রমের বেস্ বা তলদেশ পশ্চাতে সরিয়া যাওযাতে তটের সম্মুখ-পশ্চাৎ ব্যাস বাড়িয়া থাকে; তাহাতে অনুপ্রস্থ ব্যাস কিয়ৎপরিমাণে কমিয়া আইসে। সেইরূপ গহ্বরের অনুপ্রস্থ এবং নির্গমন-পথের সমস্ত ব্যাসগুলি খাট হইয়া পড়ে। পিউবিক আর্চ্চ সঙ্কীর্ণ হয়। এই সকল কারণ বশতঃ নির্গমনদ্বারে প্রতিরোধ বর্দ্ধিত হইয়া থাকে।

(৯) তির্য্যক্‌ভাবে সঙ্কুচিত বস্তি।—ইহা নেগেলীর বস্তি নামেও বর্ণিত হইয়া থাকে। ইহাতে একদিকের সেক্রো-ইলিয়াক সন্ধির এঙ্কাই-লোসিস এবং সেই দিকের অসইন্নমিনেটম ও সেক্রমের পার্শ্বার্দ্ধের অসম্পূর্ণ পরিস্ফুরণ সংঘটিত হয়। দেহের চাপ বশতঃ সেক্রম এঙ্কাইলোসিসের দিকে এবং পিউবিস সুস্থার্দ্ধের দিকে ঝুঁকিয়া পড়ে। তাহাতে সুস্থদিকের সেক্রো-ইলিয়াক সন্ধি হইতে অসুস্থদিকের এসিটাবিউলাম পর্য্যন্ত লম্বিত তির্য্যক্ ব্যাস ছোট হইয়া পড়ে। হঠাৎ দেখিলে এই প্রকার বস্তিতে কোন প্রকার বিকৃতি আছে বলিয়া বোধ না হইতে পারে; কিন্তু মাপপরিমাণ লইলে ইহার বিকৃতি স্পষ্ট প্রতীত হইয়া থাকে। এই প্রকার বিকৃত বস্তি প্রসবে সাতিশয় বাধা উৎপাদন করিতে পারে।

(১০) রবার্টের বস্তি।—উভয় সেক্রো-ইলিয়াক সন্ধিরই এঙ্কাই-লোসিস বশতঃ এরূপ বিকৃতি সংঘটিত হয়। ইহাতে বস্তিতটের সম্মুখ-পশ্চাৎ ও অনুপ্রস্থ ব্যাস খাট হইয়া পড়ে এবং উভয় পার্শ্বের ইস্কিয়ম অভ্যন্তর দিকে চাপিয়া আইসে, তাহাতে নির্গমন-পথের অনুপ্রস্থ ব্যাস ছোট হইয়া থাকে। এই প্রকার বস্তিতে প্রসবে ঘোরতর বাধা প্রদত্ত হইতে পারে। এরূপ বিকৃতি কচিৎ ঘটিতে দেখা যায়।

(১১) টিউমার।—এক্সষ্টোসিস বা অন্য কোন প্রকার টিউমার বস্তি-প্রাচীরে সমুদ্ভূত হইয়া বস্তিকে বিকৃত করিতে পারে। এরূপ হইলে সময়ে সময়ে প্রসবে সাতিশয় বিঘ্ন উৎপাদিত হয়।

নির্ণয়।—বস্তি বিকৃত হইলে নিঃসারক বল প্রতিরোধ পাওয়াতে প্রায়ই অধিক পরিমাণে বিকশিত হইয়া থাকে; এইজন্য বিকৃত বস্তিতে বেদনা

প্রায়ই তীব্রভাবে প্রকাশ পায়। বিকৃত বস্তিতে জরায়ু অনেকস্থলে সম্মুখাবনত হইয়া থাকে, তাহাতে এব্‌ডোমেন ঝুলিয়া পড়ে। এই সকল লক্ষণ দেখিলে বস্তির বিকৃতি সাতিশয় সম্ভবপর বলিয়া বোধ হইয়া থাকে। প্রসূতির পূর্ব্ব বৃত্তান্ত শৈশবে তিনি রিকেটরোগে আক্রান্ত হইয়াছিলেন কি না, তাঁহার পূর্ব্ব প্রসব কিরূপ ভাবাপন্ন হইয়াছিল; তাঁহার মেরুদণ্ড ও অঙ্গ-প্রত্যঙ্গে রিকেট অথবা অন্য কোন বিকৃতির লক্ষণ বিদ্যমান আছে কি না; এবং তাঁহার দেহের সাধারণ গঠন কিরূপ,—ইত্যাদি বিষয় অবগত হইতে পারিলে বস্তি বিকৃত কি না, তাহা অনেক পরিমাণে অনুমান করিতে পারা যায়। কিন্তু বস্তির বাহ্য ও অভ্যন্তরীণ মাপ পরিমাণ না লইলা ইহার প্রকৃত অবস্থা সম্যক্‌-রূপে নির্ণীত হইতে পারে না।

বহিঃপরিমাণ।—বাহ্য পরীক্ষা দ্বারা প্রকৃত বস্তির মাপ-পরিমাণ সম্যক্‌রূপে লইতে পারা যায় না; অপ্রকৃত বস্তির মাপ লইতে হয়। অপ্রকৃত বস্তির মাপ জানিতে পারিলে প্রকৃত বস্তির আয়তন ও অবস্থা অনেক পরিমাণে বুঝিতে পারা যায়। পূর্ব্বে কেবল অস্থিময় বস্তির মাপ-পরিমাণ লিখিত হইয়াছে; এস্থলে কোমল টিসুসমন্বিত বস্তির পরিমাণ সন্নিবেশিত হইল।

প্রথম।—ইলিয়ম অস্থিদ্বয়ের এণ্টিরিয়র সুপিরিয়র স্পাইনাস প্রোসেস দুইটির পরস্পরের দূরত্ব। এই দূরত্বের মাপ-পরিমাণ ১০ ইঞ্চ।

দ্বিতীয়।—ইলিয়মের ক্রেষ্টদ্বয়ের মধ্যস্থলের পরস্পরের দূরত্ব। ইহার মাপ-পরিমাণ ১১ ইঞ্চ।

তৃতীয়।—কটীদেশের শেষ কশেরুকার স্পাইনাস প্রোসেস ও সিম্ফি-সিস পিউবিসের ঊর্দ্ধ অংশের পরস্পরের দূরত্ব। ইহার মাপ-পরিমাণ প্রায় ৭½ ইঞ্চ। অভ্যন্তরীণ কঞ্জুগেট অপেক্ষা এই মাপ-পরিমাণ ৩¼ ইঞ্চ বড়। অস্মদ্দেশীয় স্ত্রীলোকদিগের বস্তি অপেক্ষাকৃত সঙ্কীর্ণ।

বস্তির বহিঃপরিমাণ সমূহ পরস্পরের স্বাভাবিক অনুপাত রক্ষা করিয়া কম হইলে বস্তি কেবল খর্ব্বায়তন বলিয়া বোধ হইয়া থাকে; কিন্তু তৎসমু-দায়ের কোন অস্বাভাবিক প্রভেদ থাকিলে বস্তি বিকৃত বলিয়া স্থির করিতে হয়। কিন্তু বিকৃতির পরিমাণ ও প্রকৃতি বাহ্য পরীক্ষা দ্বারা সকল স্থলে

সম্যক্‌রূপে নির্ণয় করিতে পারা যায় না,—অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা করা আবশ্যক হইয়া পড়ে।

বহির্মাপ দ্বারা বস্তির অবস্থা নির্ণয়ে ডাক্তার স্পাইজেলবর্গ বিস্তর সন্দর্শন করিয়াছেন। তাঁহার সন্দর্শন-ফল এই স্থলে সন্নিবেশিত হইল। উপরি-লিখিত বাহ্য মাপ-পরিমাণগুলির মধ্যে প্রথম ও দ্বিতীয়টী যদি স্বাভাবিক অপেক্ষা কিছু কম, কিন্তু সেই সঙ্গে যদি তাহাদের অনুপাত অক্ষুণ্ণ থাকে, বস্তি সম্ভবতঃ কেবল সঙ্কীর্ণ বলিয়া বোধ হইবে। যদি দ্বিতীয়টী প্রায়ই স্বাভাবিক, কিন্তু প্রথমটী অপেক্ষাকৃত বড়, তথায় বস্তিতটের কঞ্জুগেট ব্যাস সম্ভবতঃ ছোট; যদি দুইটী মাপ-পরিমাণই ছোট হয়, কিন্তু তাহাদের অনুপাত অস্বাভাবিক থাকে, অর্থাৎ প্রথম মাপ দ্বিতীয়টীর ন্যায় অথবা তাহা অপেক্ষা বড় হয়, তাহা হইলে বস্তি সম্ভবতঃ ছোট এবং ইহার কঞ্জুগেট ব্যাস খাট বলিয়া বোধ হইবে।

বস্তির "ওবলিক" বা তির্য্যক্ বিকৃতি জানিবার জন্য আরও কতকগুলি বাহ্য মাপ-পরিমাণ লওয়া যায়। সেগুলি এই স্থানে সন্নিবেশিত হইল।

(১) একদিকের ইস্কিয়াল টিউবারসিটী হইতে অপর পার্শ্বস্থ ইলিয়মের পোষ্টিরিয়র সুপিরিয়র স্পাইন পর্য্যন্ত; (২) একদিকের ট্রোক্যাণ্টার মেজর হইতে অপর দিকের পোষ্টিরিয়র সুপিরিয়র ইলিয়াক স্পাইন পর্য্যন্ত; (৩) এক পার্শ্বের এণ্টিরিয়র সুপিরিয়র ইলিয়াক স্পাইন হইতে বিপরীত দিকের পোষ্টিরিয়র সুপিরিয়র ইলিয়াক স্পাইন পর্য্যন্ত; (৪) শেষ কশেরুকার স্পাইনাস প্রোসেস হইতে এক দিকস্থ ইলিয়মের এণ্টিরিয়র সুপিরিয়র স্পাইন পর্য্যন্ত; (৫) সিম্ফিসিস্ পিউবিসের নিম্ন কিনারা হইতে এক দিকের পোষ্টিরিয়র সুপিরিয়র ইলিয়াক স্পাইন পর্য্যন্ত। তির্য্যক্‌ভাবে বিকৃত বস্তিতে এই সকল মাপ-পরিমাণের মধ্যে প্রত্যক্ষ পার্থক্য দেখিতে পাওয়া যায়।

অভ্যন্তরীণ মাপ-পরিমাণ।—বস্তির অভ্যন্তরীণ মাপ-পরিমাণ নির্ণয় করিবার জন্য নানাবিধ যন্ত্র ব্যবহৃত হইয়া থাকে; সেই সমস্ত যন্ত্রকে পেল্‌ভিমিটর বলা যায়; কিন্তু সেই সমস্ত যন্ত্রদ্বারা পরীক্ষা করিতে গেলে অনেকস্থলে গর্ভিণীকে সাতিশয় কষ্টে পাতিত করা হয়; এবং তৎসমুদায়ের ব্যবহারও সহজ নহে। অঙ্গুলিদ্বারা অনেক স্থলে অভ্য-

ন্তরীণ পরীক্ষা সুচারুরূপে সাধিত হইতে পারে; এইজন্য হস্তই অভ্যন্তরীণ মাপ-পরিমাণের প্রধান যন্ত্ররূপে পরিগণিত হইয়া থাকে। যে সমস্ত অভ্যন্তরীণ মাপ-পরিমাণ নির্ণয় করা আবশ্যক, তন্মধ্যে আনত কঞ্জুগেট ব্যাসই প্রধান; এই ব্যাস সিম্ফিসিসের নিম্নদেশ হইতে সেক্রমের প্রমণ্টরী পর্য্যন্ত বিস্তৃত। ইহা বস্তিতটের কঞ্জুগেট ব্যাস অপেক্ষা আধ ইঞ্চ বড়। আনত কঞ্জুগেট ব্যাস মাপিবার জন্য দক্ষিণ হস্তের মধ্যমা ও তর্জ্জনী একত্রে যোনিমধ্যে প্রবেশিত করিয়া মধ্যমার অগ্রভাগ দ্বারা যোনির পশ্চাৎ প্রাচীর পশ্চাৎ ও ঊর্দ্ধভাবে সেক্রমের প্রমণ্টরীর দিকে ঠেলিয়া দেওয়া আবশ্যক; অঙ্গুল্যগ্র যতক্ষণ না উক্ত প্রমণ্টরীকে স্পর্শ করে, ততক্ষণ ইহা উক্তরূপে চালিত করিতে হয়। অঙ্গুলি প্রবেশনকালে হস্তের রেডিয়াল পার্শ্ব সিম্ফিসিসের নিম্ন কিনারায় ঠেকিয়া থাকিবে। করের যেস্থলে সিম্ফিসিস সংস্পৃষ্ট হয়, সেই স্থল হইতে মধ্যমার অগ্রভাগ পর্য্যন্ত দূরত্বই আনত কঞ্জুগেট ব্যাসের প্রকৃত মাপ পরিমাণ। যেস্থলে বস্তি সম্যক্‌রূপে প্রশস্ত, অভ্যন্তরীণ পরীক্ষায় অঙ্গুলি প্রবেশিত করিলে সচরাচর সেক্র্যাল প্রমণ্টরী স্পর্শ করিতে পারা যায় না; তবে যদি এরূপ পরীক্ষায় তাহা স্পৃষ্ট হয়, তাহা হইলে বস্তি সঙ্কীর্ণ বলিয়া নির্ণীত হইয়া থাকে।

প্রসবকালে বস্তির প্রকৃত অবস্থা যথার্থরূপে নিরূপণ করিতে হইলে রোগিনীকে ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ করা আবশ্যক; তাহার পর যোনিমধ্যে হস্ত প্রবেশন পূর্ব্বক বস্তি ও তদভ্যন্তরস্থ ভ্রূণমস্তকের অবস্থা নির্ণয় করিতে হয়। ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ না করিয়া যদি গর্ভিণীর যোনিমধ্যে এই প্রকারে হস্ত প্রবেশিত করা হয়, তাহা হইলে অনেক স্থলে তাঁহার উৎকট যাতনা হইয়া থাকে।

প্রসব-কৌশল।—ভ্রূণমস্তক যে কৌশলে প্রসব-পথের প্রতিরোধ অতিক্রম করিয়া বহির্নিঃসৃত হইয়া থাকে, বস্তির সঙ্কীর্ণতার প্রকৃতি ও পরিমাণানুসারে তাহার তারতম্য দেখিতে পাওয়া যায় [১]। এ বিষয় প্রসব-কৌশল বর্ণনকালে লিখিত হইয়াছে। বস্তি সমভাবে সামান্য

---

(১) ১৮৪ পৃষ্ঠায় দ্রষ্টব্য।

সঙ্কীর্ণ হইলে কেবল মস্তকের ঘোর ফ্লেক্শন বা আনমন ঘটিয়া এবং চাপ বশতঃ তাহা খর্ব্বায়তন হইয়া প্রকৃতির উদ্যমেই শিশু ভূমিষ্ঠ হইতে পারে। যেস্থলে কঞ্জুগেট ব্যাস সঙ্কীর্ণ, সেস্থলে ভ্রূণমস্তক বস্তির অনুপ্রস্থ ব্যাসদ্বারা বস্তিগহ্বরে প্রবেশ করে; তৎকালে ইহার স্যাজিট্যাল সুচার্স সেক্র্যাল প্রমণ্টরীর নিকটে থাকে। মস্তকের ছোট বাইটেম্পোর্যাল ব্যাস সঙ্কীর্ণ কঞ্জুগেট ব্যাসে পতিত হয় এবং ভ্রূণমস্তক সামান্যরূপ বিস্তৃত হইয়াই বাধা অতিক্রম করিতে পারে। তৎকালে ইহার সম্মুখ ফণ্টিনেলী পশ্চাৎ ফণ্টিনেলী অপেক্ষা একটু নিম্নে আসিয়া থাকে; তাহার পর ঘোরতর ফ্লেক্শন বা আনমন ও ডিসেণ্ট বা অবতরণ সংঘটিত হয় এবং আবর্ত্তনের পর প্রসব-কার্য্য যথাবিধানে সম্পন্ন হইয়া থাকে। কিন্তু এরূপস্থলে প্রসব সম্পাদনার্থ কৃত্রিম সাহায্য প্রায়ই আবশ্যক হয়।

চিকিৎসা।—বস্তির সঙ্কীর্ণতা সামান্য হইলে কেবল স্বভাবের উদ্যমেই অনেকস্থলে প্রসবকার্য্য সম্পন্ন হইয়া থাকে; চিকিৎসকের বিশেষ সাহায্য আবশ্যক হয় না। কিন্তু সঙ্কীর্ণতা অধিক হইলে, অথবা বস্তি অন্য কোন প্রকারে বিকৃত থাকিলে প্রায়ই কৃত্রিম উপায় আবশ্যক হইয়া পড়ে। সঙ্কীর্ণতার পরিমাণানুসারে নিম্নলিখিত কোন একটী প্রক্রিয়া অবলম্বন করা আবশ্যক:—ফর্সেপ্স প্রয়োগ; "ভার্ষণ" বা বিবর্ত্তন; অকাল প্রসব-সাধন; অথবা সিজরিয়ন সেক্শন।

বস্তির প্রবেশদ্বারের সম্মুখপশ্চাৎ ব্যাসের মাপ পরিমাণ ৩ ইঞ্চের কম থাকিলে পূর্ণ ভ্রূণ সজীব অবস্থায় বহির্নিঃসারিত হইতে পারে না। কেহ কেহ বিবেচনা করেন, বস্তির সম্মুখ পশ্চাৎ প্রসর ২¾ ইঞ্চ হইলে মস্তক প্রাগ-বতীর্ণ হইয়া ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত হওয়া সম্ভবপর নহে; তবে এরূপস্থলে বিবর্ত্তন-ক্রিয়া দ্বারা সজীব ভ্রূণ নিঃসারিত করা যাইতে পারে। কিন্তু অনেকে বলেন, সম্মুখপশ্চাৎ প্রসর তিন ইঞ্চের কম হইলে পূর্ণগর্ভে ভ্রূণ সজীব অবস্থায় বহির্নিঃসারিত হওয়া অসম্ভব। এরূপস্থলে ভ্রূণহত্যাত্মক শস্ত্রোপচার আবশ্যক হইয়া পড়ে। বস্তি অতিশয় খর্ব্বায়তন হইলে ভ্রূণের জীবন-নাশ করা অনিবার্য্য নহে;—সিজরিয়ন সেক্শন দ্বারা সজীব ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত হইতে পারে। বস্তির সম্মুখপশ্চাৎ প্রসর ১½ ইঞ্চ হইলে সিজরিয়ন সেক্শন

বিধেয়। ফর্সেপ্স প্রয়োগ জন্য বস্তির সম্মুখপশ্চাৎ প্রসর তিন ইঞ্চের অধিক হওয়া আবশ্যক; ইহার নিম্ন সীমা ৩¼ ইঞ্চ। তাহা না হইলে বিবর্ত্তন-ক্রিয়া দ্বারা ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত করা বিধেয়। বস্তিব সম্মুখপশ্চাৎ প্রসরের সহিত পার্শ্ব-প্রসর সম্যক্ রূপে থাকা আবশ্যক। এই সকল বিষয় যথাস্থানে সবিশেষ আলোচিত হইবে। তবে ডাক্তার লিশম্যান এ সম্বন্ধে সঙ্ক্ষেপে যাহা বলিয়াছেন, এস্থলে তাহা সন্নিবেশিত হইল :—

কঞ্জুগেট ৪ ইঞ্চ হইতে ৩¼ ইঞ্চ থাকিলে ফর্সেপ্স প্রয়োগ আবশ্যক।

,,	৩¼	,,	২¾	,,	বিবর্ত্তন ,,
,,	৩	,,	১½	,,	ক্রেনিয়টমী ,,
,,	১½ ইঞ্চি ও তন্ন্যন			,,	সিজরিয়ন সেক্শন ,,

অকাল প্রসব-সাধন।—গর্ভের প্রথমাবস্থায় বস্তির সঙ্কীর্ণতা জানিতে পারিলে অকাল প্রসব সাধন যুক্তিযুক্ত। এরূপ করিলে ভ্রূণকে সজীব অবস্থায় নিঃসারিত করিতে পারা যায় এবং মাতাও অনেক বিপৎপাত হইতে মুক্ত হইয়া থাকেন। যেস্থলে বস্তির সঙ্কীর্ণতা অধিক, তথায় গর্ভ অধিক অগ্রসর হইতে দেওয়া যাইতে পারে না; কিন্তু যেস্থলে তাহা কম, তথায় প্রসবসম্পাদনের জন্য গর্ভকে পূর্ণকালের নিকট অগ্রসর হইতে দেওয়া যাইতে পারে। বস্তির সঙ্কীর্ণতা কত হইলে কোন সময়ে প্রসব-সাধন কর্ত্তব্য তদ্বিষয়ে ডাক্তার কিউইশ বহুল সন্দর্শনের পর তালিকা প্রস্তুত করিয়াছেন, এস্থলে তাহা সন্নিবেশিত হইল :—

কঞ্জুগেট	ব্যাস	ইঞ্চ	লাইন	সপ্তাহে	প্রসব	সাধন	কর্ত্তব্য।
,,	,,	২ ,,	৬ বা ৭	৩০তম	,,	,,	,,
,,	,,	২ ,,	৮ ,, ৯	৩১	,,	,,	,,
,,	,,	২ ,,	১০ ,, ১১	৩২	,,	,,	,,
,,	,,	৩ ,,	——	৩৩	,,	,,	,,
,,	,,	৩ ,,	১	৩৩	,,	,,	,,
,,	,,	,,	২ ,, ৩	৩৪	,,	,,	,,
,,	,,	৩ ,,	৪ ,, ৫	৩৫	,,	,,	,,
,,	,,	৩ ,,	৫ ,, ৬	৩৬	,,	,,	,,

যেস্থলে বিকৃতি বশতঃ বস্তি এত সঙ্কীর্ণ যে, সজীব শিশুর বহির্নিঃসারণ অসম্ভব, সেস্থলে গর্ভের তরুণ অবস্থায় গর্ভনাশ করা আবশ্যক।

ভ্রূণের অস্বাভাবিক অবস্থা।

হাইড্রোকেফেলস।—এই পীড়ায় ভ্রূণ-মস্তকের বিবৃদ্ধ আয়তন বশতঃ প্রসবের ঘোরতর বাধা উৎপন্ন হইতে পারে। ভ্রূণের মস্তক অধিক বর্দ্ধিতায়তন না হইলে "মোল্ডিং" প্রক্রিয়া দ্বারা প্রসব একটু বিলম্বিত হইয়াই ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত হওয়া সম্ভব। কিন্তু মাথা অতিশয় বড় হইলে অনিষ্টকর চাপ হইতে বস্তির কোমলাংশ সমূহকে রক্ষা করিবার নিমিত্ত সত্বর ইহার প্রতিবিধান করা আবশ্যক। চাপের আধিক্যে জরায়ুর "রপচার" বা বিদারণ হওয়া অসম্ভব নহে। হাইড্রোকেফেলসগ্রস্ত শিশু সজীব অবস্থায় বহির্নিঃসারিত হইলেও অনেক সময় অধিক দিন বাঁচিয়া থাকে না।

নির্ণয়।—বস্তির প্রসার এবং প্রসব-বেদনার সম্পূর্ণতা সত্ত্বেও যেস্থলে ভ্রূণ-মস্তক বস্তিগহ্বরে প্রবেশ করিতে বিলম্ব হয়, সেস্থলে শিশুকে হাইড্রোকেফেলসগ্রস্ত বলিয়া সন্দেহ হইয়া থাকে। সতর্কতা সহকারে পরীক্ষা করিলে সুস্থ ভ্রূণের মস্তক অপেক্ষা ইহার মাথা বেশী বড় ও গোল এবং সুচার ও ফণ্টিনেলী অধিকতর আয়ত দেখিতে পাওয়া যায়; কাহার কাহার মাথা টিপিলে তন্মধ্যে "ফ্লাকচুয়েশন" অনুভূত হয়। হাইড্রোকেফেলগ্রস্ত শিশুর বস্তি-প্রাগবতরণ হইলে, দেহ যতক্ষণ না বহির্গত হয়, ততক্ষণ প্রসবে বাধা ঘটিতে দেখা যায় না। শরীরের বিশীর্ণতা হাইড্রোকেফেলসের একটী প্রধান লক্ষণ; এইজন্য শিশুর বিশীর্ণ শরীর বহির্গত হইয়া মস্তকনিঃসরণে বাধা পড়িলে হাইড্রোকেফেলস বলিয়া সন্দেহ হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—ভ্রূণের ক্রেনিয়ম ট্রোকার দ্বারা বিদ্ধ করিয়া জল বাহির করা আবশ্যক। এস্পিরেটর দ্বারা জল ভালরূপে নিষ্কাশিত হইতে পারে; জল এইরূপে বহির্নিঃসারিত হইলে শিশুর বাঁচিবার সম্ভাবনা;

কিন্তু অনেকস্থলে পার্ফোরেটর ব্যবহার করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। ইহাদ্বারা মস্তক বিদ্ধ হইবামাত্র খানিকটা জল বাহির হইয়া রোগনির্ণয় সমর্থন করিয়া দেয়। বটাক্‌-প্রাগবস্তরণে দেহ বহির্নিঃসারিত হইবার পর অক্‌-সিপিট্যাল প্রদেশে মস্তক বিদ্ধ করা আবশ্যক, কর্ণের পশ্চাদ্ভাগে পার্ফোরেটর প্রয়োগ করিতে সচরাচর বেশী কষ্ট হয় না। মস্তকের আয়তন ছোট হইয়া আসিলে উহা স্বাভাবিক রূপে বহির্নিঃসৃত হয়; কখন বা ফর্সেপ্‌স, কিম্বা বিক্তেনের সাহায্যে তাহা বাহির করিয়া আনিতে হয়। ইহাতে কৃতকার্য্য না হইলে "ক্রেনিয়টমী" সম্যক্‌রূপে সম্পাদন করা আবশ্যক।

হাইড্রো-কেফেলস ব্যতিরেকে অন্যান্য কারণেও ভ্রূণমস্তকের আয়তন অস্বাভাবিকরূপে বর্দ্ধিত হইয়া কখন কখন প্রসবের বাধা উৎপাদন করিয়া থাকে। মস্তকের আয়তন স্বাভাবিক থাকিয়াও সুচার ও ফণ্টিনেলীর অকাল পরিস্ফুরণে মাথা অনমনীয় হইয়া পড়িলে প্রসবে বাধা উৎপাদন করিতে পারে। পুংভ্রূণের মস্তক অপেক্ষাকৃত বৃহদায়তন হওয়াতে স্ত্রীভ্রূণ অপেক্ষা সচরাচর ইহারা বিলম্বে বহির্নিঃসৃত হইয়া থাকে। কচিৎ কোন কোন স্থলে ভ্রূণের দেহ দ্বারা প্রসবে ঘোরতর বাধা উৎপাদিত হইতে দেখা যায়।

চিকিৎসা।—স্থলবিশেষে ফর্সেপ্স প্রয়োগ; এমনকি সময়ে সময়ে ক্রেনিয়টমী করাও আবশ্যক হইয়া পড়ে। দেহের বৃহদায়তন বশতঃ প্রসবে বাধা পাড়লে কোন কোন স্থলে এভিসারেষণ করাও আবশ্যক হইতে পারে। কিন্তু এরূপ ঘটনা অতি বিরল।

মেনিঙ্গোসিল।—এই পীড়ায় অক্‌সিপিট্যাল ও ফ্রণ্ট্যাল প্রদেশে অভ্যন্তরীণ তরল চাপবশতঃ মেনিঞ্জিস ঠেলিয়া উঠে। মেনিঙ্গোসিল বড় হইলে এস্পিরেটর দ্বারা জল বহির্নিঃসারিত করা আবশ্যক হইয়া পড়ে।

হাইড্রোথোরাক্স, এসাইটিস, মূত্রাশয়ের বিস্ফার ও স্পাইনা-বিফিডা প্রভৃতি পীড়ায় মস্তক বহির্নিঃসৃত হইবার পরও দেহ প্রসব-পথে অবরুদ্ধ হইয়া পড়িতে পারে। এরূপ স্থলে এস্পিরেটর দ্বারা প্রতিরোধের কারণ নিদূরণ করা আবশ্যক। যকৃৎ, মূত্রগ্রন্থি ও অন্যান্য যন্ত্রে সিষ্টিক, ম্যালিগ্‌-

নাল্ট ও অন্যান্য প্রকার টিউমার হইলেও প্রসবে বাধা উৎপাদিত হইবার সম্ভাবনা। এব্‌ডোমেন-প্রাচীরের কোন প্রদেশে পূর্ণতার অভাব থাকিলে হার্ণিয়া প্রভৃতি পীড়া প্রতিরুদ্ধ প্রসবের কারণ হইয়া পড়ে। এরূপ স্থলে সময়ে সময়ে এভিসাবেষণ অবলম্বন করা আবশ্যক হইয়া থাকে।

যুগ্ম মনষ্টার।—সচরাচর চারিপ্রকার যুগ্ম মনষ্টার দেখিতে পাওয়া যায়,—

১। দুইটী দেহ সম্মুখভাবে বক্ষে বক্ষে বা উদরে উদরে সংলগ্ন। এই প্রকার মনষ্টার সর্ব্বাপেক্ষা বেশী দেখিতে পাওয়া যায়।

২। দুইটী দেহ পশ্চাদ্ভাগে মেরুদণ্ডের নিম্ন অংশে পরস্পর সংযুক্ত।

৩। দ্বিমস্তক মনষ্টার,—একটী দেহের উপর দুইটী মস্তক স্থাপিত।

৪। দুইটী স্বতন্ত্র দেহের মস্তকযুগল আংশিক অথবা সম্পূর্ণরূপে একত্রে সংযুক্ত।

প্রসব-কৌশল ও চিকিৎসা।—সচরাচর ভ্রূণ ক্ষুদ্রায়তন হওয়াতে অনেকস্থলে প্রকৃতির বলেই প্রসব সাধিত হইয়া থাকে। তবে তাহা প্রতিরুদ্ধ হইলে ক্রেনিয়টমী কিম্বা এভিসাবেষণ আবশ্যক হইতে পারে।

ভ্রূণের অপ-প্রাগবত্তরণ, অপ-আসন, অথবা একাধিক ভ্রূণের একত্র সমাবেশ জন্য প্রসবের বিঘ্ন ও প্রতিরোধ হইতে পারে। এই সকল বিষয় যথাস্থানে আলোচিত হইবে।

ঊনবিংশ অধ্যায়।

অস্বাভাবিক গর্ভ।

অনুপ্রাণিত ও পরিস্ফুরিত ওভামের সংখ্যা এবং পরিস্ফুরণের স্থানানুসারে গর্ভ দুই প্রকারে অস্বাভাবিক হইয়া থাকে। একাধিক ভ্রূণোৎপত্তি ও সুপারফিটেশন প্রথম এবং বহির্জরায়ুজ গর্ভ দ্বিতীয় প্রকারের অন্তর্গত।

একাধিক ভ্রূণোৎপত্তি।

একত্রে এককালে একাধিক ভ্রূণের পরিস্ফুরণকে একাধিক ভ্রূণোৎপত্তি বলা যায়।

একাধিক ভ্রূণোৎপত্তি সচরাচর অতি অল্পই হইয়া থাকে। সন্দর্শন দ্বারা স্থির হইয়াছে যে, গড়ে ৯০ গর্ভে একটী যমজ এবং ৭০০০ গর্ভে একটী ত্রিজ গর্ভ হইতে দেখা যায়। চতুর্জ ও পঞ্চজের সংখ্যা অতীব অল্প। ডাক্তার ডান্‌কান বলেন, একাধিক ভ্রূণোৎপত্তি সচরাচর প্রথম গর্ভেই সর্ব্বাপেক্ষা অধিক হইয়া থাকে; দ্বিতীয় গর্ভে সর্ব্বাপেক্ষা কম; তাহার পরবর্ত্তী প্রত্যেক গর্ভে ইহার প্রবণতা ক্রমে ক্রমে বৃদ্ধি পাইতে থাকে। অনেক স্থলে যমজ গর্ভে একটী পুংভ্রূণ ও একটী স্ত্রীভ্রূণ উৎপন্ন হয়; দুইটী স্ত্রীভ্রূণের একত্র সমাবেশ তত বেশী দেখিতে পাওয়া যায় না এবং দুইটী পুংভ্রূণের একগর্ভে সংস্থিতি সর্ব্বাপেক্ষা কম।

কারণ।—একটী গ্রাফিয়ান ফলিকেলে দুইটী ওভাম, অথবা দুইটী স্বতন্ত্র ফলিকেলে দুইটী স্বতন্ত্র ওভাম একসময়ে অনুপ্রাণিত হইয়া যমজ ভ্রূণ উৎপন্ন হইতে পারে। এরূপ স্থলে প্রত্যেক ভ্রূণের স্বতন্ত্র পরিস্রব, কোরিয়ন ও এমনিয়ম থাকে। কখন কখন একটী ওভাম হইতে দুইটী

ভ্রূণ উৎপন্ন হইতে পারে; সেরূপ স্থলে একটী প্ল্যাসেণ্টা ও কোরিয়ন দ্বারা উভয়ে আবদ্ধ থাকে; কিন্তু প্রত্যেকের এমনিয়মথালী স্বতন্ত্র। সময়ে সময়ে দুইটী এমনিয়মথালীর মধ্যবর্ত্তী প্রাচীর বিশোষিত হওয়াতে দুইটী থালী এক হইয়া পড়ে।

ত্রিজ ভ্রূণ সম্ভবতঃ দুইটী ওভাম হইতে উৎপন্ন হইয়া থাকে; কেহ কেহ বিবেচনা করেন, এরূপ স্থলে একটী ওভামে দুইটী এবং অপরটীতে একটী ভ্রূণ উদ্ভূত হয়। এক ওভাম হইতে উৎপন্ন ভ্রূণদ্বয়ের একটী প্ল্যাসেণ্টা ও কোরিয়ন, কিন্তু স্বতন্ত্র এমনিয়মথালী, এবং স্বতন্ত্র উৎপন্ন ভ্রূণের স্বতন্ত্র প্ল্যাসেণ্টা ও মেম্ব্রেণ থাকে।

ভ্রূণের বৈচিত্র্য।—যমজ ও ত্রিজ সন্তান স্বভাবতঃ ক্ষুদ্রকায়; সচরাচর ইহারা অকালে প্রসূত হইয়া থাকে। যমজ সন্তান প্রায়ই সমভাবে পরিস্ফুরিত হয় না; কখন কখন একটী ভ্রূণ জরায়ু মধ্যে মরিয়া যায় এবং অগ্রে নিষ্কাশিত হইয়া পড়ে, অথবা শুকাইয়া গিয়া পূর্ণকালে সজীব ভ্রূণের সহিত বহির্নিঃসারিত হইয়া থাকে। পরিস্ফুরণের এরূপ প্রভেদ সকল স্থলে ভ্রূণের বয়সের তারতম্যের উপর নির্ভর করে না, সম্ভবতঃ একটী ভ্রূণ সবলে অপরটীর উপর চাপিয়া আসিয়া তাহার পরিস্ফুরণে বাধা দিয়া থাকে। তাহাতে অপরটীর বয়স সমান হইলেও ইহা খর্ব্বায়তন হইতে পারে; এমন কি সময়ে সময়ে এই চাপ ইহার মৃত্যুর কারণ হইতে পারে। ১৩টী যমজ গর্ভের মধ্যে গড়ে ১টীতে ভ্রূণের মৃত্যু ঘটিতে দেখা যায়; ত্রিজ সন্তানগণের মধ্যে কচিৎ সকলগুলিই বাঁচিয়া থাকে।

নির্ণয়।—এব্ডোমেনের অস্বাভাবিক আয়তন ও জরায়ুর অসম আকৃতি লক্ষিত, প্যাল্পেশন দ্বারা দুইটী দেহের অস্তিত্ব অনুভূত এবং এব্ডোমেনের ভিন্ন ভিন্ন স্থলে দুইটী ভিন্ন ভিন্ন হৃৎপিণ্ডের শব্দ শ্রুত হইলে গর্ভে যমজ ভ্রূণ আছে বলিয়া স্থির করা যাইতে পারে।

প্রসব-কৌশল ও চিকিৎসা।—শতকরা ৫০টি যমজ গর্ভে উভয় ভ্রূণেরই মস্তক, ৩০ স্থলে একটীর মাথা ও অপরটীর বটাক এবং ৮ স্থলে উভয়েরই বটাক প্রাগবতীর্ণ হইয়া থাকে। অনেক স্থলে যমজ সন্তান-প্রসবে কোন ব্যাঘাত ঘটেনা, প্রথম সন্তান যথানিয়মে প্রসূত

হইয়া থাকে ; তাহার পর সচরাচর আধ ঘণ্টার মধ্যে অপরটী বহির্নিঃসৃত হয়।

যমজ গর্ভে দুইটী ভ্রূণের অস্তিত্ব নিবন্ধন জরায়ু সাতিশয় বিস্ফারিত থাকাতে সম্যকরূপে সঙ্কুচিত হইতে পারে না, তাহাতে প্রসবের প্রথম ক্রম বিলম্বিত এবং ভ্রূণ-নিঃসরণবশতঃ জরায়ু অতিশয় দুর্ব্বল হইবার সম্ভাবনা। এরূপ হইলে প্রসবের শেষভাগে, অথবা তাহার পর শোণিতস্রাব হইতে পারে।

প্রথম সন্তান প্রসূত হইবা মাত্র ইহার নাভিরজ্জু বাঁধিয়া দেওয়া আবশ্যক এবং এক প্লাসেণ্টায় দুইটী ভ্রূণ সংযুক্ত থাকা সম্ভবপর বলিয়া বোধ হইলে, যতক্ষণ না দ্বিতীয় সন্তান ভূমিষ্ঠ হয়, ততক্ষণ পরিস্রব বহির্নিঃসারিত করিবার চেষ্টা করা যুক্তিযুক্ত নহে।

প্রথম সন্তান ভূমিষ্ঠ হইলে সচরাচর ২০।৩০ মিনিটের মধ্যে বেদনা পুনরুদিত হইয়া দ্বিতীয় সন্তানকে বহির্নিঃসারিত করিয়া দেয় ; যদি ইহাতে বিলম্ব হয়, তাহা হইলে জরায়ু কণ্ডাসে চাপ প্রদান এবং দ্বিতীয় ভ্রূণের এমনিয়ম-থালী বিদীর্ণ করিয়া জরায়ুর সঙ্কোচন সাধন বা পরিবর্দ্ধন করা আবশ্যক। শোণিতস্রাব প্রভৃতি কোন অনিষ্টসূচক লক্ষণ প্রকাশ পাইলে ফর্সেপ্স বা বিবর্ত্তন দ্বারা সত্বর ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত করা কর্ত্তব্য।

যমজ ভ্রূণের সঙ্কটাবস্থা।

সময়ে সময়ে দুইটী ভ্রূণই এককালে প্রাণবতীর্ণ হইয়া পরস্পরের নিঃসরণে বাধা দিলে প্রসবের ঘোরতর সঙ্কট উপস্থিত হইতে পারে। যে স্থলে উভয় ভ্রূণই একটী এমনিয়ম থালিতে আবদ্ধ থাকে, অথবা যে স্থলে উভয়েরই থালি একসঙ্গে ছিন্ন হইয়া যায়, প্রায়ই সেই সেই স্থলে এইরূপ সঙ্কট উপস্থিত হইবার সম্ভাবনা। এইরূপ ঘটনা সময়ে সময়ে চিকিৎসকের চিন্তার কারণ হইয়া উঠে ; এরূপ ঘটনার চিকিৎসা বিষয়ে কোন একটী নির্দ্দিষ্ট নিয়ম প্রকটন করা অসম্ভব। [illegible]

স্থলের উপযোগী উপায় নির্দ্ধারণ করা চিকিৎসকের বিচক্ষণতার উপর নির্ভর করে।

নিম্নলিখিত কয়েক কারণে প্রসব সঙ্কটাপন্ন হইতে পারে:—

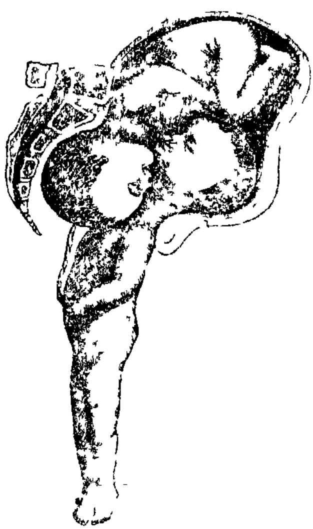
(১) উভয়েরই মস্তক এককালে প্রাগবতীর্ণ হইয়া বস্তির প্রবেশ-দ্বারে পরস্পরকে বাধা দিয়া থাকে, এরূপস্থলে একটী মাথা উপরভাগে ঠেলিয়া দিয়া অপরটীতে ফর্সেপ্স প্রয়োগপূর্ব্বক বস্তিগহ্বরে প্রবেশিত করা আবশ্যক। বাহ্য ও অভ্যন্তরীণ হস্ত-কৌশল দ্বারা সময়ে সময়ে এই প্রক্রিয়া সুচারুরূপে সাধিত হইতে পারে।

(২) কোন কোন স্থলে দুইটীরই মস্তক—একটী নিম্নে অপরটী তাহার কিঞ্চিৎ ঊর্দ্ধে থাকিয়া বস্তিগহ্বরে প্রবেশ করে। এরূপ হওয়াতে ঊর্দ্ধস্থিত মস্তকটী নিম্নস্থিত ভ্রূণের উপর চাপিয়া পড়াতে দুইটীই আবদ্ধ হইয়া পড়ে,—তাহাতে প্রসবকার্য্য অগ্রসর হইতে পারে না। এরূপ হইলে সম্ভবমত ঊর্দ্ধস্থিত ভ্রূণের মাথা ঊর্দ্ধভাগে ঠেলিয়া দিয়া ফর্সেপ্স দ্বারা অধঃস্থিত ভ্রূণকে বহির্নিঃসারিত করিতে হয়। এই প্রক্রিয়া অসম্ভব হইয়া পড়িলে একটী ভ্রূণের সংহার করা আবশ্যক হইয়া পড়ে; সচরাচর ঊর্দ্ধস্থিত ভ্রূণের মস্তক ছিন্ন করিয়া ফর্সেপ্সদ্বারা অধঃস্থিত ভ্রূণ নিঃসারিত হইয়া থাকে এবং তাহার পর ঊর্দ্ধস্থিত ভ্রূণকে নিষ্কাশিত করিতে হয়।

(৩) একটীর ব্রিচ এবং অপরটীর মস্তক, এরূপে প্রাগবতীর্ণ হইতে পারে যে, প্রথমটীর আকণ্ঠ বহির্নিঃসরণের পর ইহার মস্তক দ্বিতীয়টীর মস্তক-দ্বারা আবদ্ধ হইয়া পড়ে। এরূপ স্থলে দ্বিতীয় ভ্রূণের মাথা ঊর্দ্ধে ঠেলিয়া দিয়া প্রথমটীকে নিঃসারিত করা আবশ্যক, এরূপ প্রক্রিয়া দ্বারা কার্য্যসিদ্ধির সম্ভাবনা না থাকিলে প্রথমটীর মস্তকচ্ছেদন পূর্ব্বক তাহার শরীরটী অগ্রে নিঃসারিত করিতে হয়, তাহার পর দ্বিতীয় ভ্রূণ ভূমিষ্ঠ হইলে প্রথমটীর ছিন্ন মস্তক বাহির করিয়া আনা আবশ্যক। কিম্বা এরূপ না করিয়া প্রথম শিশুর মাথা বিদ্ধ করিয়া নিঃসারিত করা বিধেয়; অথবা দ্বিতীয় ভ্রূণের মাথা বিদ্ধ করিয়া প্রথমটীকে বহির্নিঃসারিত করিবার পর দ্বিতীয়টীকে বহিরানয়ন করা কর্ত্তব্য। এই কয়েকটী উপায়ের

মধ্যে প্রথমটীই অনেক পরিমাণে প্রশস্ত ; কেননা প্রথম ভ্রূণের দেহ অনেক ক্ষণ বহির্নিঃসারিত হওয়াতে ইহার জীবনাশা একপ্রকার তিরোহিত হইয়া যায় ; তবে অবস্থাভেদে ও আবশ্যকবোধে চিকিৎসক অপর দুইটী উপায় অবলম্বন করিতে পারেন।

২০শ চিত্র।



প্রথম শিশুর পদদ্বয় অগ্রে বহির্গত হইয়াছে, এবং দ্বিতীয় শিশুর মস্তক প্রাগবতীর্ণ হইয়া প্রথমটীর মস্তক-নির্গমনে বাধা দিতেছে।

(৪) একটী ভ্রূণের মাথার সহিত অপরটীর হাত কিম্বা পা নামিয়া আসিতে পারে, সেরূপ স্থলে সেই প্রত্যঙ্গটী প্রসব-পথ হইতে সরাইয়া দেওয়া কর্ত্তব্য।

(৫) উভয় ভ্রূণেরই চারিটী পা এক সঙ্গে প্রাগবতীর্ণ হইতে পারে ; এরূপ স্থলে সাবধানে একটীকে শীঘ্র উপরে ঠেলিয়া দিয়া অপরটীকে নামাইয়া আনা আবশ্যক।

সুপারফিটেশন।

জরায়ু মধ্যে একটী ওভাম অনুপ্রাণিত হওয়ার পর তন্মধ্যে আর একটী ওভাম অনুপ্রাণিত হইলে তাহাকে সুপারফিটেশন বলা যায়। সগর্ভ জরায়ু আবার কিরূপে পুনর্ব্বার গর্ভিত হইতে পারে, তদ্বিষয়ে অনেকেই সন্দেহ করিয়া থাকেন। *তবে গর্ভের প্রথম প্রথম,—বিশেষতঃ* ডেসিডুয়া ভেরা ও ডেসিডুয়া রিফেক্সা সম্মিলিত হইবার পূর্ব্বে যে, এরূপ ব্যাপার ঘটিতে পারে, তদ্বিষয়ে কিছুমাত্র সন্দেহ নাই। সুপারফিটেশন সমর্থন জন্ম নিম্নলিখিত কয়েকটী উদাহরণ প্রকটিত হইয়া থাকে :—

(১) পরিস্ফুরণের ভিন্ন ভিন্ন অবস্থায় দুইটী ভ্রূণের প্রসব।

(২) পূর্ণকালে একটী সন্তান প্রসূত হইবার কিছু কাল পরে আর একটী পরিস্ফুরিত ভ্রূণের প্রসব।

(৩) দুইটী সন্তান প্রসব,—তন্মধ্যে একটী কৃষ্ণ, অপরটী শ্বেতবর্ণ। কথিত আছে, এক কাফ্রি রমণী কাফ্রি স্বামীর সংসর্গ করিয়া একটী শ্বেতপুরুষের সহিত সঙ্গত হইয়াছিল; তাহাতে তাহার গর্ভ হওয়াতে সে দুইটী ভিন্ন বর্ণের সন্তান প্রসব করিয়াছিল।

এই সকল উদাহরণ দ্বারা সুপারফিটেশন কোন কোন স্থলে সমর্থিত হইতে পারে; কিন্তু সকল স্থলেই নহে; কেননা যমজ গর্ভেও ঐরূপ ঘটনা ঘটিতে দেখা যায়। দুইটী সন্তানের পরিস্ফুরণের তারতম্য থাকিলে হয়ত একটী ভ্রূণের চাপে অপরটীর পরিপোষণের বাধা পড়িয়া থাকিবে এবং যমজ গর্ভে একটী ভ্রূণের বহির্নিঃসারণের পর জরায়ুর মধ্যে অপরটীর কিছুকাল রহিয়া যাওয়া অসম্ভব নহে। দ্বিশৃঙ্গ জরায়ুর অন্যতর শৃঙ্গে ওভাম অনুপ্রাণিত হইলেও সুপারফিটেশন বলিয়া ভুল হইতে পারে।

বহির্জরায়ুজ গর্ভাধান।

জরায়ুগহ্বরের বহির্ভাগে ওভামের অনুপ্রাণন ও পরিস্ফুরণ অতীব আশ্চর্য্যকর; সৌভাগ্যবশতঃ এরূপ অস্বাভাবিক গর্ভাধান কচিৎ ঘটিয়া থাকে।

ওভেরি হইতে বহির্গমনের পর অনুপ্রাণিত ওভাম জরায়ুতে উপনীত হইতে না পাইয়া নিকটস্থ প্রদেশে, অথবা পথিমধ্যে কোন স্থলে অবরুদ্ধ হইতে পারে। এরূপ অস্বাভাবিক গর্ভাধান সাধারণতঃ তিনভাগে বিভক্ত; যথা,—ওভেরিয়ান, ভেন্ট্রাল বা এব্‌ডোমিন্যাল ও টিউব্যাল। এতদ্ব্যতীত ওভাম ঠিক যেস্থলে পরিস্ফুরিত হয়, তদনুসারে ইহাকে কতিপয় উপবিভাগেও ভাগ করা যায়।

ওভাম অযথাস্থানে আবদ্ধ হইয়া পড়িলে সর্ব্বত্রই পরিস্ফুরণোপযোগী পুষ্টি পাইতে পারে না, তাহাতে অনেক সময় ইহা বিনষ্ট হইয়া যায়; বোধ হয় এই কারণেই এরূপ অস্বাভাবিক গর্ভাধান অধিক হইতে পায় না। কেহ কেহ বলেন, গ্রাফিয়ান ফলিকেল বিদীর্ণ হইবার পূর্ব্বে স্পার্মেটোজুয়া তাহার সংচ্ছদ বিদারণ পূর্ব্বক তন্মধ্যে প্রবেশ করিতে পারে, অথবা গ্রাফিয়ান ফলিকেল বিদীর্ণ হইবার পর ছিদ্রপথে স্পার্মেটোজুয়া তন্মধ্যে প্রবেশ করিয়া ওভামকে অনুপ্রাণিত করিয়া থাকে; তাহার পর ওভেরির ছিদ্র পুনর্ব্বার রুদ্ধ হইয়া পড়ে এবং অনুপ্রাণিত ওভাম তন্মধ্যে আবদ্ধ হইয়া পরিস্ফুরিত হইতে থাকে। এরূপ স্থলে ভ্রূণের বহিশ্ছদ ওভেরির টিউনিকে গঠিত বলিয়া [illegible] হয়। এই সকল কারণে প্রকৃত ওভেরীয় গর্ভাধান সম্ভবপর বলিয়া বোধ হইয়া থাকে। যে সকল স্থলে ওভাম ওভেরির গাত্রে পরিস্ফুরিত হইতে থাকে, তৎসমুদায়ও ওভেরীয় গর্ভাধানের অন্তর্নিবিষ্ট হইতে পারে।

ওভাম পেরিটোনিয়াল গহ্বরে স্খলিত হইয়া এব্‌ডোমেনস্থিত কোন যন্ত্রে আসক্ত হইয়া পড়িলে ভেন্ট্রাল গর্ভাধান সংঘটিত হয়। কোন কোন স্থলে ওভাম অন্যতর ফেলোপিয়ান নালীর অভ্যন্তরে আবদ্ধ হইয়া কিয়ৎপরিমাণে পরিস্ফুরিত হইতে থাকে, তাহার পর নালী বিদীর্ণ হওয়াতে ওভাম এব্‌ডোমেন-গহ্বরে পতিত হইয়া ভেন্ট্রাল গর্ভাধানে পরিণত হইতে পারে। এই দুই প্রকার গর্ভ প্রাথমিক ও দ্বৈতীয়িক ভেন্ট্রাল গর্ভাধান নামে আখ্যাত হইয়া থাকে।

ফেলোপিয়ান নালী মধ্যে ওভাম অবরুদ্ধ হইয়া পরিস্ফুরিত হইতে থাকিলে, তাহাকে টিউব্যাল গর্ভাধান বলা যায়। বহির্জরায়ুজ গর্ভাধানে এইরূপ অস্বাভাবিক গর্ভই সচরাচর অধিক ঘটিয়া থাকে।

এতদ্ব্যতীত আরও কয়েক প্রকার বহির্জরায়ুজ গর্ভাধান সংঘটিত হয়; যথা, ওভাম জরায়ু ও নালীর সঙ্গমস্থলে অবরুদ্ধ হইয়া পরিস্ফুরিত হইতে থাকে। ইহাকে "ইণ্টারষ্টিশিয়াল" গর্ভ বলা যায়। স্থল বিশেষে ফেলোপিয়ান নালীর ফিম্ব্রিয়েটার মধ্যেও গর্ভসঞ্চার হইয়া থাকে; এরূপ গর্ভকে "টিউবো-ওভেরিয়ান" গর্ভ কহে। কেননা এরূপ স্থলে অণ্ডাধার ও নালী উভয়েরই কিছু কিছু অংশ লইয়া গর্ভকোষ গঠিত হইয়া থাকে। এস্থলে আরও দুই প্রকার বহির্জরায়ুজ গর্ভাধানের উল্লেখ করা যাইতে পারে। প্রথম:—দ্বিশৃঙ্গ জরায়ুর অন্যতর শৃঙ্গে ওভামেরপরিস্ফুরণ, এ প্রকার গর্ভাধান টিউব্যাল গর্ভাধানের অন্তর্নিবিষ্ট হইতে পারে। দ্বিতীয়:—ওভাম কোন একটী হার্ণিয়াকোষে কোনরূপে সঞ্চালিত হইয়া তন্মধ্যে পরিস্ফুরিত হইতে পারে, এই প্রকার গর্ভাধান অতি বিরল। সকল প্রকার বহির্জরায়ুজ গর্ভেই ভ্রূণ আপন দেহ হইতে উদ্ভূত ঝিল্লিদ্বয়—এমনিয়ম ও কোরিয়নে আচ্ছন্ন থাকে।

টিউব্যাল গর্ভাধানে ফেলোপিয়ান নালীর অন্তঃস্থ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির স্তর হইতে এক প্রকার অপ্রকৃত ডেসিডুয়া উৎপন্ন হয়; তদ্দ্বারাই ভ্রূণের পোষণ সাধিত হইয়া থাকে। কিন্তু এব্ডোমেনস্থিত গর্ভসঞ্চারে এব্ডোমেনে এরূপ কোন ঝিল্লি না থাকাতে কোরিয়নই ভ্রূণের বহিশ্ছদরূপে কার্য্য করে। বহির্জরায়ুজ গর্ভাধানে ওভাম যে কোন অংশে আবদ্ধ হউক না কেন, তন্নিকটস্থ মাতৃ-অংশ সমূহ পরিবর্দ্ধিত হইয়া কিয়ৎপরিমাণে স্বাভাবিক গর্ভাধানে জরায়ুস্থ যন্ত্রসমুদায়ের কার্য্য করিয়া থাকে। ওভাম যে স্থলে নিহিত হয়, কোরিয়নের ভিলাই সেই স্থলে সংসক্ত হইয়া পড়ে এবং পরিশেষে পরিস্রবরূপে পরিণত হইয়া থাকে। এই পরিস্রব দ্বারা মাতার রক্তনালী সমূহ ভ্রূণদেহে পোষণ দ্রব্য বহন করে। জরায়ুর অভ্যন্তরস্থ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে টিবিউলার গ্ল্যাণ্ড থাকে; কিন্তু এই সকল অস্বাভাবিক গর্ভাধানে ওভামের অবরোধস্থলে সেরূপ গ্ল্যাণ্ড না থাকাতে কোরিয়নের ভিলাইসমূহ দৃঢ়রূপে আবদ্ধ হইতে পারে না; এই জন্যই বহির্জরায়ুজ গর্ভাধানে মধ্যে মধ্যে শোণিত নিঃস্রুত হইয়া থাকে; এরূপ গর্ভে ডেসিডুয়া রিফ্লেক্সা গঠিত হয় না।

সকল প্রকার বহির্জরায়ুজ গর্ভাধানেই জরায়ুতে গর্ভসংক্রান্ত সাধারণ পরিস্ফুরণ কিয়ৎপরিমাণে হইয়া থাকে :—ইহার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি পুরু হইয়া উঠে এবং পৈশিক সংচ্ছদ বর্দ্ধিত হয়, কিন্তু ইহার অভ্যন্তরে ভ্রূণ না থাকাতে ইহা সেইরূপ পরিবর্তিত অবস্থাতেই গর্ভের সমাপ্তিকাল পর্য্যন্ত থাকিয়া যায়, অথবা অল্প সময়ের মধ্যে স্বাভাবিক অবস্থা পুনর্লাভ করে।

বহির্জরায়ুজ গর্ভাধানের কয়েকটী প্রকার নিম্নে সংক্ষেপে প্রকটিত হইল:—

১। টিউব্যাল ;—ফেলোপিয়ান নালীমধ্যে ওভামের পরিস্ফুরণ।

(ক) ইণ্টারষ্টিশিয়াল ;—জরায়ু-প্রাচীর ও নালীর সংযোগস্থলে ওভামের নিবেশন।

(খ) টিউবো-ওভেরিয়ান ;—ফেলোপিয়ান নালীর ফিম্ব্রিয়েটেড মুখ ও ওভেরির মধ্যে ওভামের নিবেশন।

২। এব্ডোমিন্যাল ;—এব্ডোমেন-গহ্বরে ওভামের নিবেশন।

(ক) প্রাইমারী, বা প্রাথমিক ;—অনুপ্রাণনের প্রারম্ভ হইতেই এব্ডোমেন-গহ্বরে ওভামের নিবেশন।

(খ) সেকেণ্ডরী বা দ্বৈতীয়িক ;—টিউব্যাল গর্ভে বিদীর্ণ নালী হইতে ওভামের স্খলন ও এব্ডোমেন মধ্যে নিবেশন।

৩। ওভেরিয়ান ;—গ্রাফিয়ান ফলিকেল মধ্যে ওভামের অনুপ্রাণন, সংস্থিতি ও পরিস্ফুরণ।

৪। দ্বিখণ্ডিত জরায়ুর 'রুডিমেণ্টারী' বা অপরিস্ফুট শৃঙ্গে ওভামের পরিস্ফুরণ ;—টিউব্যাল প্রকারের সহিত ইহার বিশেষ সাদৃশ্য দেখিতে পাওয়া যায়।

৫। হর্ণিয়াল ;—কোন একটী হর্ণিয়াল স্যাকে ওভামের প্রবেশ ও পরিস্ফুরণ।

ভ্রূণ অন্তর্জননেন্দ্রিয়ের যে কোন স্থানে নিহিত হউক না কেন, কার্য্যতঃ ইহাকে দুইটী প্রধান ভাগে বিভাগ করা যায়,—টিউব্যাল ও এব্ডোমিন্যাল।

টিউব্যাল প্রকার।—টিউব্যাল প্রকারে যোনি, ঋতু ও স্তন সংক্রান্ত পরিবর্ত্তন প্রভৃতি স্বাভাবিক গর্ভসূচক কতকগুলি লক্ষণ বিদ্যমান থাকে, তৎসঙ্গে জরায়ু হইতে মধ্যে মধ্যে অল্প পরিমাণে শোণিত নিঃস্রুত হয়; জরায়ুর এক পার্শ্বে অথবা পশ্চাতে একপ্রকার গোলাকার টিউমারের অস্তিত্ব দেখা যায়; সেই টিউমারে অনেক স্থলে স্পষ্ট "ফ্লাকচুয়েশন" অনুভূত হইয়া থাকে। অভ্যন্তরীণ আধেয়-চাপে ফেলোপিয়ান নালী ক্রমে বিস্ফারিত ও পাতলা হইয়া অবশেষে বিদীর্ণ হইয়া পড়ে। যতদিন না এই ঘটনা সংঘটিত হয়, ততদিন অনেক স্থলে গর্ভকে বহির্জরায়ুজ গর্ভ বলিয়া সন্দেহ হয় না। সচরাচর ৪র্থ ও দ্বাদশ সপ্তাহের মধ্যে এই ঘটনা ঘটিয়া থাকে। এই সময় গর্ভিণী এব্‌ডোমেনে উৎকট যাতনা অনুভব করিয়া থাকেন; সঙ্গে সঙ্গে কোলাপ্সের লক্ষণও অল্প বা অধিক পরিমাণে উদ্ভূত হয়। এই কঠোর অবস্থা হইতে রোগিণী আর নিস্কৃতি লাভ না করিয়া মৃত্যুমুখে পতিত হইতে পারেন।

চিকিৎসা।—টিউব্যাল গর্ভ নির্ণীত হইলে গর্ভমধ্যেই যতশীঘ্র ভ্রূণের প্রাণনাশ করা যায়, ততই মঙ্গল। এইকার্য্য নানা প্রণালীতে সাধিত হইতে পারে। ট্রোকার বা এস্পিরেটার দ্বারা ভ্রূণ ও ভ্রূণাশয় ভেদ করণ, সিষ্টমধ্যে মর্ফিয়া বা অন্য কোন প্রকার বিষ অনুপ্রবেশন ও তন্মধ্যে তাড়িত তেজ পরিচালন করিলে ভ্রূণের মৃত্যু হইতে পারে। ভ্রূণের মৃত্যু হইলে ইহা নির্জ্জীব অবস্থায় থাকিয়া যায়: এবং সেই সময় হইতে ইহা আর বর্দ্ধিত না হওয়াতে ইহাদ্বারা অনিষ্ট সম্ভাবনা অধিক থাকে না। যোনির ভিতর দিয়া গ্যাল্‌ভনোকটারি প্রবেশ করাইয়া সিষ্ট কাটিয়া ভ্রূণ নিঃসারিত করা যাইতে পারে। এরূপ স্থলে ভ্রূণ-নিঃসারণের সহিত প্ল্যাসেণ্টা বহির্নিঃসারিত করিলে শোণিত-স্রাব হইবার সাতিশয় সম্ভাবনা। এইজন্য এণ্টিসেপ্টিক লোশান দ্বারা পরিস্রব ধৌত করিয়া ক্রমে ক্রমে বাহির করিয়া লওয়া আবশ্যক।

যেস্থলে সিষ্ট আপনি ফাটিয়া যায়, সেস্থলে রোগিণীর অবস্থা সাতিশয় সঙ্কটাপন্ন হইয়া পড়ে, সে সঙ্কটে তাঁহাকে রক্ষা করিবার নিমিত্ত

বলকারক ঔষধ প্রয়োগ করা আবশ্যক। কোলাপ্স হইতে যদি তিনি বাঁচিয়া উঠেন, তাহা হইলে ভাবী পেরিটোনাইটিসের প্রতি লক্ষ্য রাখিয়া চিকিৎসা করিতে হয়। সিষ্ট কাটিয়া গেলে আজিকালি অনেকে গ্যাষ্ট্রটমী প্রক্রিয়া অবলম্বন করিয়া আধেয় সহ টিউব নিঃসারিত করিতে কহেন; অধুনা এই মতই প্রবল। এ প্রক্রিয়া হঠাৎ দুঃসাহসিক বলিয়া বোধ হইতে পারে; কিন্তু যিনি আধুনিক এব্ডোমিন্যাল শস্ত্রচিকিৎসার সাফল্যের বিষয় অবগত আছেন, তিনি কখনই এই প্রক্রিয়াকে অসম্ভব বা নিষ্ফল বলিতে পারেন না।

এব্ডোমিন্যাল গর্ভ।—টিউব্যালের ন্যায় এই প্রকার গর্ভেও গর্ভসূচক কতকগুলি লক্ষণ বিদ্যমান থাকে। অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা করিলে জরায়ুর আয়তন অতি অল্প পরিমাণে বর্দ্ধিত, ইহাকে টিউমার হইতে সম্পূর্ণ পৃথক এবং টিউমার দ্বারা স্থানচ্যুত দেখা যায়। সসত্ত্ব জরায়ুর আকৃতি যেরূপ, এই টিউমারের আকৃতি সেইরূপ নহে এবং প্রায়ই ইহার দীর্ঘ অক্ষ উর্দ্ধাধোভাবে না থাকিয়া তির্য্যক্ভাবে সংস্থিত থাকে। এব্ডোমিন্যাল গর্ভ কিয়ৎ পরিমাণে পূর্ণতাপ্রাপ্ত হইলে পরীক্ষা দ্বারা ভ্রূণের অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ স্পষ্ট বুঝিতে পারা যায়। এব্ডোমিন্যাল গর্ভ সময়ে সময়ে পেরিটোনিয়মে প্রাদাহিক অবস্থা উদ্ভাবিত করিয়া গর্ভিণীকে নিপীড়িত করিয়া থাকে। সিষ্টের সঙ্কোচন-জনিত বেদনাতেও রোগিণী কখন কখন প্রপীড়িত হইয়া পড়েন। এই উৎকট যাতনা সম্বন্ধে ডাক্তার পেরী যে সুন্দর বর্ণন করিয়াছেন, এস্থলে তাহার সার সঙ্কলিত হইল। "প্রথম আট সপ্তাহ গর্ভ স্বাভাবিক রূপে অগ্রসর হইয়া থাকে; পরে রোগিণী অকস্মাৎ কঠোর কলিক প্রকৃতির বেদনায় আক্রান্ত হইয়া পড়েন। এই বেদনা সচরাচর এব্ডোমেনের এক পার্শ্বে উদিত হয়। বেদনার সঙ্গে সঙ্গে রোগিণীর উৎকট অবসন্নতা জন্মে; তাঁহার নাড়ী সূত্রবৎ সূক্ষ্ম হইয়া পড়ে; সর্ব্বাঙ্গ শীতল হয়, এবং গাত্রে ক্লিন্ন স্বেদ উদ্গত হইতে থাকে; প্রায়ই তৎসঙ্গে বমন হইতে দেখা যায়। কখন কয়েক ঘণ্টা, কখন বা একদিন, কিম্বা দুইদিন এইরূপ যাতনায় নিপীড়িত হইয়া রোগিণী কিছুকাল সুস্থ থাকেন;

কিন্তু দুই তিন সপ্তাহ পরে আবার এইরূপ যন্ত্রণায় পতিত হয়েন।" ভ্রূণাশয়ের সঙ্কোচনবশতঃ সম্ভবতঃ এইরূপ বেদনা উদ্ভূত হইয়া থাকে। বেদনার সঙ্গে সঙ্গে প্রায়ই জরায়ু হইতে শোণিতস্রাব হইতে দেখা যায়।

এব্‌ডোমিন্যাল গর্ভের চিকিৎসা না করিয়া প্রকৃতির উপর নির্ভর করিলে ইহা নিম্নলিখিত কয়েক প্রকারে পর্য্যবসিত হইতে পারে :—

১। গর্ভ পূর্ণ হইবার পূর্ব্বে, অথবা গর্ভ পূর্ণ হইয়া আসিলে ভ্রূণাশয় অনেক স্থলে আপনিই বিদীর্ণ হইয়া যায়; তাহাতে অন্তঃশোণিতস্রাব নিবন্ধন ও "শকে" রোগিণীর প্রাণবিয়োগের সাতিশয় সম্ভাবনা।

২। কোন কোন স্থলে পারিস্রবিক শোণিতসঞ্চালন রোধ হইয়া ভ্রূণের মৃত্যু হয়; তখন ইহা আর বর্দ্ধিত না হইয়া গর্ভমধ্যে অনেক দিন থাকিতে পারে, এইরূপ অবস্থায় ইহার টিস্থ-মণ্ডলে মেদাপজনন হয়, অথবা ইহা শুকাইয়া গিয়া "লিথপিডিয়নে" পরিণত হইয়া থাকে।

৩। মৃত্যুর পর ভ্রূণ পচিয়া যাইতে পারে, তাহাতে পেরিটো-নাইটিস ও সেপ্টিসিমিয়া প্রভৃতি পীড়া উদ্ভূত হইয়া রোগিণীর জীবন সাতিশয় বিপন্ন করিয়া তুলিতে পারে।

৪। ভ্রূণের মৃত্যুর পর অনেক স্থলে সিষ্ট প্রদাপিত ও পূয়ময় হইয়া পড়ে এবং এব্‌ডোমেন-প্রাচীরের ভিতর দিয়া আধেয় নিঃসরণের পথ করিয়া দেয়; অথবা যোনি, মূত্রাশয়, কিম্বা অন্ত্রের সহিত সমন্বিত হইয়া পড়ে। সেই ছিদ্রপথে স্যাকমধ্যে বায়ু প্রবেশ করিলে আধেয়ের বিয়োজন আরম্ভ হয় এবং ক্রমে ইহা ছিদ্রপথ দ্বারা অল্পে অল্পে বহির্নিঃসৃত হইতে থাকে। আধেয়-নিঃসরণের পর ক্রমে সাইনাসের আরোগ্যের সহিত স্যাকের ছিদ্র বুজিয়া গেলে রোগিণী বাঁচিলেও বাঁচিতে পারেন; বিশেষতঃ এব্‌ডোমেন-প্রাচীরে সাইনাসের বহির্মুখ থাকিলে ইহা সারিবার অধিক সম্ভাবনা। কোন কোন স্থলে দীর্ঘকাল ধরিয়া পূয় নিঃসৃত হওয়াতে রোগিণীর বল সাতিশয় ক্ষুণ্ণ হইয়া পড়ে, তাহাতে তাঁহার আরোগ্যলাভের সম্ভাবনা কমিয়া যায়।

চিকিৎসা।—এই প্রকার অস্বাভাবিক গর্ভ নির্ণীত হইলেই কেহ কেহ ভ্রূণের জীবন নাশ করা অনুমোদন করেন। কিন্তু তাহা না করিয়া

গর্ভ অগ্রসর হইতে দেওয়া যাইতে পারে, পরে গ্যাষ্ট্রটমী করিবার কাল উপস্থিত হয়। পূর্ণগর্ভে জ্রণের জীবিতাবস্থায় গ্যাষ্ট্রটমী করিলে শিশুর বাঁচিবার সম্ভাবনা থাকে ; কিন্তু ইহা মাতার পক্ষে বড়ই সাংঘাতিক ; কেননা জরায়ুর ন্যায় সিষ্টের স্বাভাবিক সঙ্কোচন-ক্ষমতা না থাকাতে পরিস্রবের স্থিতিস্থান হইতে শোণিত নিঃসৃত হইলে তাহা রোধ করা দুরূহ হইয়া উঠে। এইজন্য জ্রণের মৃত্যুর পর যদি এই প্রক্রিয়া করা হয়, তাহা হইলে রোগিণীর আরোগ্য-লাভের অধিক সম্ভাবনা। জ্রণের মৃত্যুর পর পারিস্রবিক শোণিত-সঞ্চালন ক্রমে বন্ধ হইয়া যায় ; সেইরূপ অবস্থায় শস্ত্রপ্রয়োগ করিলে শোণিত-স্রাবের আশঙ্কা কমিয়া আইসে ; আরও এই সময়ে জ্রণাশয় ও এব্‌ডোমিন্যাল প্রাচীর একত্র সংযুক্ত হইবার অধিক সম্ভাবনা এবং তৎপ্রযুক্ত পেরিটোনিয়াল গহ্বরে শোণিত ও নিঃস্রাব্য পদার্থ নিচয়ের প্রক্ষিপ্ত হইবারও সম্ভাবনা হ্রাস পাইয়া থাকে।

শস্ত্রোপচার করিতে হইলে দেহের মধ্য রেখায় এক স্থল আবশ্যকমত চিরিয়া জ্রণাধারকে টানিয়া সেই ছিদ্রমুখে আনয়ন করিতে হয় ; তাহার পর সিষ্ট চিরিয়া আধেয় বাহির করিয়া লওয়া আবশ্যক। সিষ্ট এব্‌ডোমেন-প্রাচীরে সংযুক্ত হইয়া পড়িলে, সেই সংযোগস্থলে অস্ত্রোপচার করা বিধেয়। জ্রণ-নিঃসারণের সহিত পরিস্রব নিঃসারণ করা উচিত নহে। পরিস্রব নিঃসারিত করিলে শোণিতস্রাবের সাতিশয় সম্ভাবনা ; এইজন্য তাহাকে ইহার সংযোগস্থল হইতে বিযুক্ত করা উচিত নহে। তাহার পর সিষ্ট ও এব্‌ডোমেন-প্রাচীর সেলাই করিয়া নিম্নাংশে একটু ছিদ্র রাখা আবশ্যক। এই ছিদ্রপথে একটা "ড্রেণেজ টিউব" বসাইয়া দেওয়া কর্ত্তব্য। এণ্টি-সেপ্টিক প্রণালীতে ড্রেস করিয়া ধুয়াইয়া নিঃস্রাব্য পদার্থ এই ছিদ্র পথদিয়া ক্রমে ক্রমে বাহির করিয়া আনিতে হয়। অতি সাবধানে ও সতর্কভাবে চিকিৎসা করিলেও অনেকস্থলে পেরিটোনাইটিস ও সেপ্টিসিমিয়া প্রভৃতি পীড়া উদ্ভূত হইয়া থাকে। যেস্থলে আধেয় আপনি নির্গমন-পথ করিয়া লয়, তথায় আবশ্যকমত ছিদ্র বাড়াইয়া ইহার নিঃসরণে সহায়তা করা আবশ্যক।

বিংশ অধ্যায়।

প্রাক্‌প্রসবীয় শোণিতস্রাব।

সসত্ত্বাবস্থায় জরায়ুপ্রাচীর হইতে পরিস্রব বিযুক্ত হইলে শোণিতস্রাব হইয়া থাকে। প্রসবের পূর্ব্বে এইরূপ শোণিতস্রাব হইলে তাহা দুইভাগে বিভক্ত করা যায়, প্রথম,—প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়া, দ্বিতীয়,—এক্‌সিডেণ্ট্যাল শোণিতস্রাব।

প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়া।

পরিস্রব সচরাচর জরায়ুর ঊর্দ্ধ প্রদেশে সংস্থিত থাকে, কিন্তু কোন কোন স্থলে ইহা জরায়ু-মুখের উপর অথবা তাহার নিকটে সমুদ্ভূত হয়। জরায়ুর নিম্নপ্রদেশে প্ল্যাসেণ্টার এরূপ সংস্থিতিকে প্ল্যাসেণ্টাপ্রিভিয়া বলা যায়। ওভাম অনুপ্রাণিত হইয়া জরায়ুপ্রাচীরের যেস্থলে সংস্থিত হয়, প্ল্যাসেণ্টা সচরাচর সেই স্থলেই সমুদ্ভূত হইয়া থাকে। অনুপ্রাণিত ওভাম যে সময়ে জরায়ুগহ্বরে প্রবেশ করে, সে সময়ে জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত না থাকিলে ওভামের নিম্ন সংস্থিতি হইবার অধিক সম্ভাবনা, এইজন্ত বহুপ্রসবিনীদিগের প্ল্যাসেণ্টাপ্রিভিয়া অপেক্ষাকৃত অধিক হইতে দেখা যায়। ওভাম ফেলোপিয়ন নালীতে অনুপ্রাণিত হইলে, যে সময় ইহা জরায়ুগহ্বরে উপনীত হয়, জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি শোণিতপূর্ণ ও স্ফীত হইয়া উঠে এবং ওভামকে নিম্নে নামিতে দেয় না। কিন্তু তাহা না হইয়া ওভাম জরায়ুগহ্বরে অনুপ্রাণিত হইলে, ইহার নিম্ন সংস্থানের অধিক সম্ভাবনা। ওভাম যদ্যপি নিম্ন প্রদেশেই অনুপ্রাণিত হয়, ইহা বহির্গত হইতে না

পারিলে, জরায়ুমুখের নিকট সংস্থিত হইয়া পড়ে। ওভাম অতিশয় তরুণ অবস্থায় প্রথমে জরায়ুর উর্দ্ধ প্রদেশে সংস্থিত থাকিয়া কোন কারণে স্খলিত হইতে পারে। ইহা জরায়ু-প্রাচীর হইতে এইরূপে বিযুক্ত হইলে জরায়ু-গহ্বর হইতে বহির্নিঃসারিত হইবার অধিক সম্ভাবনা, কিন্তু তাহা না হইয়া সময়ে সময়ে জরায়ুর মুখ-প্রদেশে ইহার পুনঃসংস্থিত হইতে পারে। এইরূপেও প্ল্যাসেণ্টাপ্রিভিয়া সময়ে সময়ে সমুদ্ভূত হয়। সচরাচর গড়ে ৫৭৩ গর্ভে ১টী প্ল্যাসেণ্টাপ্রিভিয়া ঘটিয়া থাকে, সম্ভবতঃ ওভামের নিম্ন সংস্থিতি ইহা অপেক্ষাও অধিক সংঘটিত হয়। ওভাম নিম্ন প্রদেশে সংস্থিত থাকিয়া অতি তরুণ অবস্থাতেই গর্ভস্রাব হইলে অনেকস্থলে তাহার প্রকৃত স্থিতিস্থল নির্ণয় করিতে পারা যায় না।

প্ল্যাসেণ্টাপ্রিভিয়ায় পরিস্রব কোন কোন স্থলে জরায়ুর অন্তর্মুখ কিয়ৎ-পরিমাণে অথবা সম্পূর্ণরূপে আচ্ছন্ন করিয়া থাকে, আবার কোন স্থলে ইহার বিস্তার অন্তর্মুখের কিনারা পর্য্যন্ত হইতে দেখা যায়। পরিস্রবের স্থিতিস্থানের পার্থক্যানুসারে প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়াকে তিন প্রকারে বিভাগ করা যাইতে পারে:—

১। প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়া সেণ্ট্রালিস।—এই প্রকারে জরায়ুর অন্তর্মুখ পরিস্রব দ্বারা সম্পূর্ণরূপে আচ্ছাদিত হইয়া থাকে।

২। প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়া পার্শ্যালিস।—এই প্রকারে জরায়ুর অন্তর্মুখ আংশিকরূপে পরিস্রব দ্বারা আচ্ছাদিত হয়।

৩। প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়া মার্জ্জিনেলিস।—এই প্রকারে পরিস্রব জরায়ুমুখের কিনারার সন্নিহিত থাকে, কিন্তু ইহাকে আচ্ছাদিত করে না।

লক্ষণ।—প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়ায় অনেক স্থলে গর্ভের ষষ্ঠ মাসে পরি-স্রবের স্থিতিস্থান হইতে অকস্মাৎ শোণিতস্রাব হইয়া থাকে; তাহার সহিত গর্ভিণীর কোনরূপ কষ্টসূচক লক্ষণ প্রায়ই বিদ্যমান থাকে না; শোণিতের প্রথম নিঃসরণ অনেকস্থলে গর্ভিণীর অজ্ঞাতসারে হয়। ঋতু-নির্দ্দেশক সময়ে সচরাচর এইরূপ শোণিতস্রাবের সূত্রপাত হইয়া থাকে। নিঃসৃত শোণিতের বর্ণ উজ্জ্বল লাল। শোণিতস্রাব একবার হইয়াই বন্ধ

হইতে পারে ; অথবা ক্রমে ক্রমে কমিয়া থামিয়া আইসে। তাহার পর হয়ত হঠাৎ একদিন আবার প্রবল বেগে শোণিত নিঃসৃত হইয়া ভ্রূণ ও মাতা উভয়েরই জীবন বিপন্ন করিয়া ফেলে। এইজন্ত প্ল্যাসেন্টা প্রিভিয়ায় একবার শোণিতস্রাব হইলে গর্ভিণীকে নিরাপদ বলা যাইতে পারে না, কেননা কোন না কোন সময়ে আবার প্রভূত শোণিতস্রাব হইয়া গর্ভিণীর জীবন সঙ্কটাপন্ন করিতে পারে। প্ল্যাসেন্টা প্রিভিয়ায় গর্ভের শেষ কয়েক মাস গর্ভিণীর পক্ষে বড়ই সঙ্কটকর। এইকালে অকস্মাৎ শোণিতস্রাব হইলে তাহার প্রকৃত কারণ নির্ণয়ার্থ অতি সতর্কভাবে অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা করা একান্ত আবশ্যক। শোণিতস্রাব হইলে জরায়ুমুখ প্রায়ই অল্প পরিমাণে বিস্ফারিত থাকে, একটী অঙ্গুলি সহজেই তন্মধ্যে প্রবেশিত হইতে পারে। একটী অঙ্গুলি জরায়ু মধ্যে প্রবেশিত করিতে পারিলে কোমল, পাতলা এমুনিয়ম ঝিল্লির পরিবর্ত্তে কঠিন ও পুরু পরিস্রব অঙ্গুলি দ্বারা স্পৃষ্ট হইয়া থাকে। প্ল্যাসেন্টা দ্বারা জরায়ুমুখ সম্পূর্ণ আচ্ছন্ন থাকিলে পরিস্রব ব্যতীত আর কিছুই স্পর্শ করিতে পারা যায় না। তবে সেই পরিস্রবের ভিতর দিয়া ভ্রূণের নিম্ন অংশ অস্পষ্টরূপে অনুভূত হইতে পারে। কিন্তু প্ল্যাসেন্টা প্রিভিয়া আংশিক হইলে পরিস্রবের কিনারা ও এমনিয়ম ঝিল্লি উভয়ই স্পর্শ করিতে পারা যায়। এরূপ স্থলে ভ্রূণের নিম্ন অংশও স্পষ্ট অনুভূত হইতে পারে। পরিস্রব জরায়ুমুখের উপর থাকিলে ব্যালট্‌মেঁা অস্পষ্ট হইয়া পড়ে এবং প্ল্যাসেন্টার সুফ্‌ল্ এবডোমেনের নিম্নভাগে শ্রুত হয়।

শোণিতস্রাবের কারণ।—পদস্খলন, পতন, অথবা অন্য কোন কারণে জরায়ু সঙ্কুচিত হইয়া ইহার নিম্ন অংশ কিয়ৎপরিমাণে বিস্ফারিত হইলে পরিস্রব জরায়ুগাত্র হইতে অল্প বা অধিক পরিমাণে বিযুক্ত হইয়া থাকে; তাহাতে পরিস্রবের বিয়োগস্থলের জরায়ুস্থ রক্তনালী সমুদায়ের উন্মুক্ত মুখ হইতে শোণিতস্রাব হইতে থাকে। একবার শোণিতস্রাব হইয়া বন্ধ হইলে রক্তের জমাট প্রায়ই পরিস্রব ও জরায়ু-প্রাচীরের মধ্যস্থলে থাকিয়া যায় ; ইহাই আবার জরায়ু-সঙ্কোচনের কারণ হইয়া পড়ে। প্রসবকাল উপস্থিত হইলে পারিস্রবিক বিয়োগ অনিবার্য্য

হওয়াতে শোণিতস্রাব বাড়িয়া উঠে। এইজন্য বেদনাকালে পারিস্রবিক বিয়োগ সাধিত হওয়াতে তৎকালে শোণিতস্রাব হয়। বেদনার বিরামকালেও শোণিতস্রাব হইতে থাকে এতদ্ব্যতীত জরায়ু-সঙ্কোচনে প্রকৃত শোণিত বহির্গত হইয়া পড়ে, তাহাতে বেদনাকালে নিঃসরণের পরিমাণ বাড়িয়া উঠে।

কিছুকাল পূর্ব্বে অনেকের বিশ্বাস ছিল যে, প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়ায় গর্ভের শেষ কয়েক মাসে শোণিতস্রাব না হইয়া থাকিতে পারে না। এইজন্য তৎকালে অপরিহার্য্য শোণিতস্রাব প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়ার নামান্তর বলিয়া আখ্যাত ছিল। পূর্ব্বে অনেকে বিশ্বাস করিতেন যে, গর্ভের শেষকালে জরায়ুর নিম্ন অংশের আয়তন অধিকতর বৰ্দ্ধিত হয়; কিন্তু পরিস্রব সেই পরিমাণে পরিবর্দ্ধিত না হওয়াতে উভয়ের মধ্যে বৈষম্য ঘটিয়া থাকে; তাহাতে পরিস্রব জরায়ু-প্রাচীর হইতে বিযুক্ত হইয়া পড়ে। কিন্তু এরূপ প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়াও দেখা যায়, যেখানে গর্ভের শেষ কয়েক মাসে শোণিতস্রাব হয় না; কেবল প্রসববেদনারম্ভেই হইয়া থাকে। জরায়ুমুখ-বিস্ফারণে শোণিতস্রাব হয় বলিয়া এখনও প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়া অপরিহার্য্য শোণিতস্রাব বলিয়া বর্ণিত হইতে পারে।

প্রসবের প্রথম ক্রম সমাপ্তিকালে জরায়ুর অন্তর্মুখ হইতে প্রায় দুই ইঞ্চ পর্য্যন্ত স্থল বিস্ফারিত হইয়া থাকে, প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়ায় এই স্থল হইতেই শোণিত নিঃসৃত হয়। এই স্থল হইতে পরিস্রব বিযুক্ত হইলে এবং তৎসঙ্গে জরায়ু সম্যকরূপে কুঞ্চিত থাকিলে শোণিতস্রাব বন্ধ হইয়া পড়ে। এই-জন্য শোণিতস্রাব রোধ করিবার নিমিত্ত সমগ্র পরিস্রব বিযুক্ত করা আবশ্যক হয় না,—কেবল ঐ ২ ইঞ্চ ব্যাসার্দ্ধ পরিমিত স্থল হইতে তাহা বিযুক্ত করিলেই হইতে পারে। শোণিত প্রভূত পরিমাণে নিঃসৃত হইলে উৎকট দুর্লক্ষণ সকল প্রকাশ পাইতে থাকে; অশান্তি, বিশীর্ণতা ও নির্জ্জীবতার সঙ্গে সঙ্গে নাড়ী সূক্ষ্ম হইয়া পড়ে; ইহাতে কোন কোন স্থলে ঘোরতর আক্ষেপ—এমন কি মৃত্যুও হইতে দেখা যায়।

প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়ায় মাতা ও ভ্রূণ উভয়েরই ঘোরতর বিপদ হইতে পারে। উৎকট শোণিতস্রাব হওয়াতে মাতার, এবং পোষণ ও শোণিত সংশোধন কার্য্যের ব্যতিক্রমে ভ্রূণের, মৃত্যু হইবার সম্ভাবনা। অকাল

প্রসব ও অপপ্রাগবতরণও ভ্রূণের মৃত্যুর প্রধান কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। পূর্ব্বে প্ল্যাসেণ্টাপ্রিভিয়ায় মাতার মৃত্যুসংখ্যা অধিক ছিল। গণনা দ্বারা স্থিরীকৃত হইয়াছে যে, চারিটী প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়ায় প্রসবান্তে অথবা তাহার অব্যবহিত পরে একটী গর্ভিণীর মৃত্যু হইত। ইদানীং চিকিৎসাশাস্ত্রের উৎকর্ষসাধনে মাতার মৃত্যুসংখ্যা অনেক কম হইয়াছে। ডাক্তার বার্ণসের চিকিৎসায় ৬৪টি রোগিণীর মধ্যে ৬টীর মৃত্যু হইয়াছিল। প্রথম হইতে নিয়মিত চিকিৎসা হইলে মৃত্যু সংখ্যা আরও কমিয়া যাইবার সম্ভাবনা। প্ল্যাসেণ্টাপ্রিভিয়ায় শিশুর মৃত্যুসংখ্যা অধিক, প্রায় অর্দ্ধাংশ শিশু প্রসবকালে অথবা কিছু পরেই মৃত্যুমুখে পতিত হয়।

প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়ায় প্রায়ই অকালে প্রসববেদনা উদ্ভূত হইয়া থাকে, তাহাতে অনেক স্থলে স্কন্ধ, বটাক প্রভৃতির অপপ্রাগবতরণ প্রায়ই হইতে দেখা যায়। অধাযুর নিম্ন প্রদেশে প্ল্যাসেণ্টা সংস্থিত থাকাতে ভ্রূণমস্তক তথায় থাকিবার সম্যক্ প্রসর পায় না; তাহাতেও অপপ্রাগবতরণ ঘটিয়া থাকে।

চিকিৎসা।—শিশু ভায়েবেল হইবার পূর্ব্বে যদি শোণিতস্রাব হয় এবং যদি তাহা অল্প পরিমাণে নিঃসৃত হইতে থাকে, তাহা হইলে যতদিন না গর্ভের সপ্তম মাস পূর্ণ হয়, অন্ততঃ ততদিন শোণিতস্রাব বন্ধ রাখিবার চেষ্টায় রোগিণীকে শয্যায় শায়িত রাখা আবশ্যক। শিশু ভায়েবেল অবস্থায় উপস্থিত হইয়া শোণিতস্রাব হইলে প্রসব আর অপ্রসব হইতে দেওয়া উচিত নহে। শোণিতস্রাব বন্ধ করিবার নিমিত্ত গ্যালিক, ট্যানিক, সল্‌ফুরিক এসিড ও হামামেলিস প্রভৃতি সঙ্কোচক ঔষধ প্রয়োজিত হইয়া থাকে। এই সকল ঔষধপ্রয়োগে কোনরূপ উপকার হয় কি না নিশ্চয় বলিতে পারা যায় না; তবে ইহাতে কোনরূপ অপকার সাধিত হয় না। শোণিত প্রভূত পরিমাণে নিঃসৃত হইতে থাকিলে, শিশু ভায়েবেল অবস্থায় উপস্থিত হউক বা না হউক, অচিরে প্রসব আনয়ন করা একান্ত কর্ত্তব্য, কেননা শোণিতস্রাব ক্রমাগত অথবা পুনঃপুনঃ হইতে থাকিলে, গর্ভিণী ও শিশু উভয়েরই পক্ষে সাঙ্ঘাতিক হইয়া পড়ে। এই উদ্দেশে এমনিয়ম-থালী বিদীর্ণ ও আর্গট প্রয়োগ করা এবং আবশ্যক হইলে

জরায়ুমুখ যতক্ষণ না উপযুক্ত পরিমাণে বিস্ফারিত হয়, যোনিতে প্লগ প্রয়োগ করা যাইতে পারে। অগ্রে জরায়ুর গ্রীবানালীতে একটী স্পঞ্জটেণ্ট প্রয়োগ পূর্ব্বক যৌন প্লগের সাহায্যে তাহাকে যথাস্থানে সংরক্ষিত করাই যুক্তিযুক্ত। যৌন প্লগ কিরূপে প্রয়োগ করিতে হয়, গর্ভস্রাবের অধ্যায়ে তৎসম্বন্ধে বিশেষ করিয়া লেখা হইয়াছে; এস্থলে তাহার পুনরুল্লেখ নিষ্প্রয়োজন। বার্ণসের "ডাইলেটর" জরায়ু-মুখবিস্ফারণে বিশেষ সাহায্য করে এবং তদ্দ্বারা প্লগেরও কার্য্য সাধিত হইয়া থাকে; এইজন্য তাহাও স্থলবিশেষে প্রয়োগ করা যাইতে পারে। একটি প্লগ বা বার্ণসের ব্যাগ ক্রমাগত অনেকক্ষণ ধরিয়া প্রযুক্ত না রাখিয়া কয়েক ঘণ্টা পরেই বাহির করিয়া লওয়া আবশ্যক এবং আবশ্যকমত আর একটী প্রবেশিত করা উচিত। প্লগ প্রয়োগের সঙ্গে সঙ্গেই জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত থাকিলে অন্তঃশোণিতস্রাবের সম্ভাবনা অধিক থাকে না। কিন্তু জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত না থাকিলে এবং অন্তঃশোণিতস্রাবের সম্ভাবনা দেখা গেলে জরায়ুর উপর উপযুক্ত পটবন্ধনী প্রয়োগ করিলে সেই আশঙ্কা বিদূরিত হইয়া যায়। বেদনা সম্যক্‌রূপে আসিলে প্রাগবতীর্ণ অংশ জরায়ু-মুখের উপর ন্যস্ত হইয়া প্লগের কার্য্য করে, তাহাতে শোণিতস্রাব বন্ধ হইয়া থাকে। এই সকল উপায় দ্বারা অস বিস্ফারিত ও শোণিতস্রাব প্রতিরুদ্ধ হইলে এবং শিশুর প্রাগবতরণ স্বাভাবিক বলিয়া বোধ হইলে, প্রসবের পরিসমাপ্তি কেবল প্রকৃতির উদ্যমের উপর নির্ভর করা যাইতে পারে, কিন্তু যদি শোণিতস্রাব বন্ধ না হয়, বিবর্ত্তন দ্বারা প্রসবকার্য্য সম্পাদন, অথবা মস্তক অধিগম্য থাকিলে ফর্সেপ্স প্রয়োগ করা বিধেয়।

"টর্ণিঙ" বা বিবর্ত্তন।—প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়ায় বিবর্ত্তন অত্যুৎকৃষ্ট উপায় বলিয়া নির্দ্দিষ্ট হইয়া থাকে; উপযুক্ত স্থলে অবলম্বন করিতে পারিলে বাস্তবিকই ইহা দ্বারা সুফল লাভ করিতে পারা যায়। অতিশয় শোণিতস্রাব প্রযুক্ত রোগিণী দুর্ব্বল থাকিলে এবং তন্নিবন্ধন তাঁহাকে বিবর্ত্তন-প্রক্রিয়াজন্য যাতনা সহনে অশক্ত, বলিয়া বোধ হইলে, অথবা অস যথেষ্ট পরিমাণে বিস্ফারিত না থাকিলে, বিবর্ত্তনে হস্তক্ষেপ করা উচিত নহে। পরিস্রুব জরায়ুর অন্তর্মুখের কেবল কিনারা পর্য্যন্ত

বিস্তৃত থাকিলে বিবর্ত্তনের জন্য গর্ভাশয় মধ্যে হাত সহজে প্রবেশিত করা যাইতে পারে, কিন্তু পরিস্রব জরায়ু-মুখকে সম্পূর্ণ আচ্ছন্ন করিয়া থাকিলে জরায়ু-প্রাচীর ও পরিস্রবের কিনারা দিয়া ধীরে ধীরে অঙ্গুলি চালিত করিয়া এমনিয়ন থালী বিদীর্ণ করা উচিত। বিবর্ত্তন-ক্রিয়ায় শিশুর একটী পা নামাইয়া আনিলে, তাহা জরায়ু-মুখের উপর চাপ প্রদান করিয়া একটী প্লগের কার্য্য করে; তাহাতে শোণিতস্রাব প্রতিরুদ্ধ হইয়া থাকে। রোগিণীর অবস্থানুসারে জরায়ু মধ্যে সমগ্র হস্ত প্রবেশিত করা যুক্তিযুক্ত বলিয়া বোধ না হইলে "বাইপোলার" বিবর্ত্তন-ক্রিয়া দ্বারা শিশুকে বিবর্ত্তিত করা যাইতে পারে।

পরিস্রব বিযুক্ত করণ।—গর্ভিণীর সাতিশয় দৌর্ব্বল্য থাকিলে শোণিতস্রাব বন্ধ করিবার জন্য কোন কোন স্থলে পরিস্রব বিযুক্ত করিয়া দেওয়া আবশ্যক হইয়া পড়ে। পূর্ব্বে বলা হইয়াছে যে, প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়ায় জরায়ুর অন্তর্মুখের চতুর্দ্দিকে প্রায় দুই ইঞ্চ ব্যাসার্দ্ধ পরিমিত প্রদেশ হইতে শোণিতস্রাব হইয়া থাকে। অঙ্গুলি দ্বারা সেই স্থল হইতে পরিস্রব বিযুক্ত করিয়া দিলে শোণিতস্রাব থামিয়া যায়। কোন কোন স্থলে প্ল্যাসেণ্টা অল্প পরিসর হইতে বিযুক্ত হইলেই, শোণিতস্রাব বন্ধ হইয়া যায়। প্ল্যাসেণ্টা অঙ্গুলি দ্বারা বিযুক্ত করিতে হইলে একটী অথবা দুইটী অঙ্গুলি জরায়ুর অভ্যন্তরে যতদূর সম্ভব প্রবেশিত করা আবশ্যক, তাহার পর জরায়ুর স্থিতিস্থল নির্ণয় করিয়া ইহার কিনারা ও প্রাচীর মধ্যে অঙ্গুলি সংস্থাপন পূর্ব্বক ক্রমে পরিস্রবকে বিযুক্ত করিয়া দিতে হয়। সমগ্র প্ল্যাসেণ্টা বিযুক্ত করা অনাবশ্যক এবং সকল স্থলে ইহা সম্পূর্ণ বিযুক্ত করাও সহজ নহে। সমগ্র প্ল্যাসেণ্টা বিযুক্ত হইবার অব্যবহিত পরেই প্রসবকার্য্য সম্পাদিত না হইলে ভ্রূণের সজীব অবস্থায় ভূমিষ্ঠ হইবার আশা থাকে না। অধিক শোণিতস্রাব হইলে বিবর্ত্তন করিবার পূর্ব্বে পরিস্রব আবশ্যকমত বিযুক্ত করিয়া দেওয়া যাইতে পারে, তাহাতে শোণিতস্রাব বন্ধ হইয়া আইসে, তাহার পর বিবর্ত্তন ক্রিয়া নির্ব্বিঘ্নে সম্পাদিত হইতে পারে। বস্তুতঃ কেবল কোন একটী মাত্র উপায়ে প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়ার চিকিৎসা প্রায়ই সুচারুরূপে সম্পাদন করিতে পারা যায় না, অনেকস্থলে চিকিৎসককে একাধিক উপায় অবলম্বন করিতে হয়।

স্বাভাবিকরূপে সংস্থিত পরিস্রবের বিয়োগবশতঃ শোণিতস্রাব।

প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়ায় পরিস্রব জরায়ুর নিম্নপ্রদেশে সংস্থিত থাকায় ইহা জরায়ু-প্রাচীর হইতে সহজে বিযুক্ত হইয়া পড়ে, তাহাতে প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়ায় শোণিতস্রাব প্রায়ই ঘটিয়া থাকে। প্ল্যাসেণ্টা ঊর্দ্ধস্থিত হইয়াও জরায়ুপ্রাচীর হইতে বিযুক্ত হইতে পারে, সেরূপ বিয়োগেও শোণিতস্রাব ঘটিয়া থাকে। এই শোণিতস্রাবকে "এক্সিডেণ্ট্যাল" বা অনৈসর্গিক শোণিতস্রাব বলা যায়।

গর্ভের অগ্রসরণের সহিত জরায়ুর পৈশিক তন্তুসমূহ অধিকতর পরি-স্ফুরিত হইতে থাকে, তাহাতে জরায়ু গর্ভের তরুণাবস্থা অপেক্ষা ইহার শেষ ভাগে অধিকতর সঙ্কোচপ্রবণ হইয়া পড়ে। এইরূপ হওয়াতে অন্য সময়ে যে সকল কারণে কিছুমাত্র অনিষ্টের সম্ভাবনা থাকে না; এক্ষণে সেই সকল কারণ জরায়ুর উৎকট সঙ্কোচন সাধন করিতে পারে। জরায়ু কোন কারণে অধিক সঙ্কুচিত হইলে তাহার প্রাচীর হইতে পরিস্রব অল্প বা অধিক পরিমাণে বিযুক্ত হইবার সম্ভাবনা; কোন কোন স্থলে জরায়ুর সামান্য সঙ্কোচনেই পরিস্রব ঐরূপ বিযুক্ত হইয়া থাকে। পরিস্রব বিযুক্ত হইলে, জরায়ু-প্রাচীরস্থিত উন্মুক্ত নালী সমুদায় হইতে শোণিতস্রাব হইতে আরম্ভ হয়। নিঃসৃত শোণিত জরায়ুমুখ দ্বারা আদৌ বহির্গত না হইয়া তন্মধ্যে আবদ্ধ থাকিতে পারে। এইরূপ অবস্থাকে গূঢ় বা অন্তঃ-শোণিতস্রাব বলা যায়।

কারণ।—"এক্সিডেণ্ট্যাল" শোণিতস্রাব অনেক কারণে সংঘটিত হইতে পারে। উৎকট ও আকস্মিক উদ্যম, বা ভারোত্তোলনের চেষ্টা, পদস্খলন, পদাঘাত, অথবা অন্য কোন আঘাত, কিম্বা উৎকট মানসিক উদ্বেগবশতঃ জরায়ু অকস্মাৎ সঙ্কুচিত হইতে পারে, তাহাতে জরায়ু-প্রাচীর হইতে পরিস্রবের বিযুক্ত হইবার সম্ভাবনা। বহুপ্রসবিনী ও অসুস্থ গর্ভিণীদিগের এক্সিডেণ্ট্যাল শোণিতস্রাব সহজেই হইতে পারে। উপদংশ

অথবা অন্য কোন কারণে পরিস্রবের অপজনন শোণিতস্রাবের পূর্ব্বপ্রবর্ত্তক কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। এরূপ স্থলে সামান্য উত্তেজক কারণেই শোণিতস্রাব হইতে পারে।

লক্ষণ।—শোণিত যোনি দ্বারা বহির্নিঃসৃত হইলে রোগনির্ণয় করা সহজ হইয়া থাকে, কিন্তু তাহা না হইয়া সমস্ত নিঃসৃত শোণিত জরায়ু মধ্যে আবদ্ধ থাকিলে প্রকৃত অবস্থা নির্ণয় করা কঠিন হইয়া পড়ে। অভ্যন্তরীণ শোণিতস্রাব প্রভূত পরিমাণে হইলে শোণিতস্রাবের সাধারণ লক্ষণাবলী প্রকাশ পাইতে থাকে:—নাড়ী দ্রুত ও দুর্ব্বল, ঘন ঘন জৃম্ভণ ও শ্বাসত্যাগ, মূর্চ্ছা, ত্বকের শৈত্য, মুখমণ্ডলের বিবর্ণতা, অশান্তি, শিরঃপীড়া ও দৃষ্টিশক্তির ক্ষীণতা ইত্যাদি দৌর্ব্বল্যসূচক লক্ষণ সকল পরিলক্ষিত হয়। অভ্যন্তরীণ চাপে জরায়ু বিস্ফারিত হওয়াতে গর্ভিণী একপ্রকার উৎকট যাতনায় কাতর হইতে থাকেন; কোন কোন স্থলে জরায়ু এত বিস্ফারিত হয় যে, তরুণ গর্ভের আয়তন পূর্ণ গর্ভের ন্যায় হইতে পারে। বিস্ফারিত জরায়ুর আয়তন প্রায়ই অসম হইয়া পড়ে। রোগিণীর কোল্যাপ্সভাব ও সাতিশয় যন্ত্রণা দেখিয়া হঠাৎ জরায়ুর "রপচার" বা বিদারণ বলিয়া বোধ হইতে পারে। কিন্তু সাবধান ও সতর্কভাবে পরীক্ষা করিয়া দেখিলে এরূপ ভুল হইবার সম্ভাবনা অল্প:— প্রসব কিয়দ্দূর অগ্রসর না হইলে জরায়ু প্রায়ই বিদীর্ণ হয় না; এমনিয়ন্-থালী বিচ্ছিন্ন হইবার পর সচরাচর ইহা ঘটিয়া থাকে এবং এই দুর্ঘটনা হইবা মাত্র প্রাগবতীর্ণ অংশ প্রায়ই ঊর্দ্ধে উঠিয়া যায়। কিন্তু গূঢ় প্রকৃতির শোণিতস্রাব সচরাচর গর্ভাবস্থায় বা প্রসবের প্রারম্ভকালে ঘটিতে দেখা যায় এবং ইহাতে জরায়ুর বিদারণের ন্যায় প্রাগবতীর্ণ অংশ ঊর্দ্ধে উঠিয়া যায় না।

ভাবী ফল।—এক্সিডেন্ট্যাল শোণিতস্রাব গূঢ়প্রকৃতির হইলে মাতা ও ভ্রূণ উভয়েরই—বিশেষতঃ শিশুর পক্ষে বড়ই বিপজ্জনক;— শোণিতস্রাববশতঃ ভ্রূণের পোষণে ব্যাঘাত জন্মে; এবং ইহার শোণিত-সংশোধনও সুচারুরূপে হইতে পায় না; এইরূপে অনেকস্থলে গর্ভাশয় মধ্যেই ভ্রূণের মৃত্যু হইয়া থাকে। শোণিত জরায়ুমুখ দ্বারা নিঃসৃত হইলে

তত বিপদ্-সূচক নহে ; কেননা তাহাতে রোগিণীর অবস্থা বিদিত হইয়া অচিরে উপযুক্ত চিকিৎসা করা যাইতে পারে।

চিকিৎসা।—শোণিত যোনিমুখ দ্বারা নিঃসৃত হইতে থাকিলে এবং তাহার পরিমাণ অধিক না হইলে শোণিতস্রাবের সাধারণ চিকিৎসা-প্রক্রিয়া অবলম্বন দ্বারাই অনেকস্থলে শোণিতস্রাব বন্ধ হইবার সম্ভাবনা। রোগিণীকে শয্যায় শায়িত রাখিয়া শান্তি সম্ভোগ করিতে দিয়া, তাঁহাকে সকল প্রকার উত্তেজনা হইতে অন্তরে রাখিলে এবং কয়েক বিন্দু লডেনাম বা লাইকার ওপিয়াই সিডেটাইভস প্রয়োগ করিলে জরায়ু-সঙ্কোচন নিবারিত হইতে পারে। জরায়ু-সঙ্কোচন নিবারিত হইলে প্লাসেণ্টা আর অধিক বিযুক্ত না হইবারই সম্ভাবনা. এইরূপে শোণিতস্রাব বন্ধ হইলে গর্ভ যথাক্রমে অগ্রসর হইতে পারে। গূঢ় শোণিতস্রাব সামান্যরূপ হইলে উপরিউক্ত উপায়ে চিকিৎসা করিলেই অনেক স্থলে তাহা রুদ্ধ হইয়া থাকে। কিন্তু শোণিতস্রাব সঙ্কটকর হইলে এমনিয়ম-থালী অচিরে বিদীর্ণ করিয়া জরায়ুর সঙ্কোচন সাধন বা পরিবর্দ্ধন পূর্ব্বক প্রকৃত প্রসববেদনা আনয়ন করা আবশ্যক। এই উদ্দেশে সময়ে সময়ে আর্গটও প্রয়োগ করিতে হয়। জরায়ু কুঞ্চিত হইয়া পড়িলে ইহার প্রাচীরস্থিত রক্তনালী সমুদায়ও কুঞ্চিত হইয়া পড়ে, তাহাতে শোণিতস্রাব অধিক পরিমাণে হইতে পায় না। এই সময়ে জরায়ুর উপর পটবন্ধনী দৃঢ়রূপে স্থাপন করিলে জরায়ু-সঙ্কোচনে সহায়তা করা হয় এবং নিঃস্রুত শোণিতের অভ্যন্তরীণ চাপে জরায়ুও বিস্ফারিত হইতে পায় না। এই সকল উপায়ে শোণিতস্রাব বন্ধ হইলে প্রসব-পরিসমাপ্তির জন্য প্রকৃতির উদ্যমের উপর নির্ভর করা যাইতে পারে। কিন্তু প্রসব-বেদনা আরম্ভ হইলেও যদি শোণিতস্রাব না কমে, তাহা হইলে কৃত্রিম উপায়ে প্রসবকার্য্য সম্পাদিত করিতে হয়। জরায়ুমুখ অবিস্ফারিত থাকিলে বার্ণসের ব্যাগ প্রয়োগে অস বিস্ফারিত করিয়া বিবর্ত্তন বা ফর্সেপ্স দ্বারা প্রসব সমাপ্ত করা কর্ত্তব্য।

একবিংশ অধ্যায়।

পোষ্ট পার্টম বা প্রসবোত্তর শোণিতস্রাব।

প্রসবের তৃতীয় ক্রমে, অথবা ইহার অল্প ক্ষণ পরেই জরায়ু হইতে শোণিতস্রাব হইলে তাহাকে "পোষ্ট পার্টম" বা প্রসবোত্তর শোণিত-স্রাব বলা যায়। "পোষ্ট পার্টম হিমরেজ" অতিশয় সঙ্কটকর। শোণিত প্রথমে অল্পে অল্পে নিঃসৃত হইয়া হঠাৎ প্রভূত পরিমাণে বাড়িয়া উঠিতে পারে, আবার অল্প পরিমাণে অনেক ক্ষণ থাকিয়া কোন কোন স্থলে প্রসূতিকে শোণিতশূন্য করিয়া ফেলে। স্থল বিশেষে অল্প শোণিতস্রাবেই শরীর সাতিশয় দুর্ব্বল হইতে দেখা যায়। এইজন্য "পোষ্ট পার্টম হিমরেজ" কোন স্থলেই উপেক্ষণীয় নহে। সকল স্থলেই চিকিৎসককে অতি সাবধানে ও সতর্ক ভাবে কার্য্য করিতে হয়। শোণিতস্রাব সময়ে সময়ে এত প্রভূত হইয়া পড়ে যে, প্রসব-পথ দ্বারা শোণিত অবিরল ধারে বহির্নিঃসৃত হইয়া অল্প ক্ষণের মধ্যেই প্রসূতিকে মৃত্যুমুখে পাতিত করিতে পারে। এই "ফ্লডিঙ" বা শোণিত-প্লাবন হইতে রোগিণীকে মুক্ত করিতে হইলে চিকিৎসকের বিশেষ অভিজ্ঞতা ও কার্য্যদক্ষতা থাকা আবশ্যক। এই সঙ্কটকর ব্যাপার ঘটিলে অন্য চিকিৎসকের সহিত তাঁহার পরামর্শ করিবার প্রায়ই সময় থাকে না; তৎকালে অনেক সময় তাঁহাকে কেবল নিজের পারদর্শিতার উপর নির্ভর করিয়া কার্য্য করিতে হয়; এইজন্য চিকিৎসকমাত্রেরই পোষ্ট পার্টম শোণিতস্রাবের কারণ, তাহার নিবারণোপায় এবং তাহা ঘটিলে তাহার চিকিৎসাবিষয়ে সম্যক্ জ্ঞান থাকা আবশ্যক।

প্রসবান্তে জরায়ু সম্যকরূপে সঙ্কুচিত থাকিলে রক্তবহানালী সমুদায় সঙ্কুচিত হইয়া পড়ে; তাহাতে শোণিতস্রাব প্রতিরুদ্ধ হয়; পরে

পরিস্রবের স্থিতিস্থানের উন্মুক্ত সাইনাস সমুদায়ে শোণিত জমাট বাঁধিয়া থাকিলে শোণিতস্রাব সম্পূর্ণরূপে বন্ধ হইয়া থাকে। যখন সাইনাস সমূহে এইরূপ থ্রম্বোসিস উৎপাদিত হয়, তখন সময়ে সময়ে জরায়ুর সঙ্কোচন কমিয়া গেলেও শোণিতস্রাব হইতে পায় না। যে কোন কারণে জরায়ুর উক্তরূপ সঙ্কোচন ও সাইনাস সমুদায়ে "থ্রম্বোসিস" হইতে পায় না, তৎসমুদায় পোষ্ট পার্টম হিমরেজের কারণ রূপে কার্য্য করিয়া থাকে। দেহের সাধারণ দৌর্ব্বল্য, বিলম্বিত প্রসব, প্রাকপ্রসবীয় শোণিতস্রাব; যমজ ভ্রূণ, অথবা লাইকার এম্‌নিয়মের আধিক্যবশতঃ জরায়ুর সাতিশয় বিস্কার ইত্যাদি কারণে প্রসবান্তে জরায়ু দুর্ব্বল হইয়া পড়িলে, সম্যক্‌রূপে সঙ্কুচিত হইতে পারে না; তাহাতে শোণিতস্রাব ঘটিয়া থাকে। কৃত্রিম উপায়ে জরায়ুর আধেয় অতি শীঘ্র নিঃসারিত করিলে জরায়ু তৎসঙ্গে সঙ্কুচিত হইতে পারে না, তাহাতেও শোণিতস্রাব হইবার সম্ভাবনা। জরায়ু মধ্যে প্ল্যাসেণ্টা, অথবা অধিক পরিমাণে শোণিতক্লট, ইহার "ইন্‌ভার্ষণ" ও ইহার প্রাচীরে টিউমার থাকিলেও জরায়ুসঙ্কোচনের ব্যাঘাত ঘটিয়া থাকে। জরায়ু বিষমভাবে সঙ্কুচিত হইলে, অথবা নিকটস্থ অন্য যন্ত্রের সহিত ইহার "এঢিষণ" থাকিলেও শোণিতস্রাব হইতে পারে; এইজন্য জরায়ুর "আওয়ার গ্লাস" সঙ্কোচনে শোণিতস্রাব প্রায়ই ঘটিয়া থাকে। কোন কারণে শোণিতচাপ হঠাৎ বর্দ্ধিত হইলে জরায়ুর উন্মুক্ত সাইনাস সমুদায়ে থ্রম্বোসিস হইবার ব্যতিক্রম ঘটে;—শোণিত জমাট বাঁধিবার কালে এরূপ চাপ প্রদত্ত হইলে জমাট বাঁধিতে পায় না; জমাট থাকিলে তাহা খুলিয়া যাইতে পারে। এইজন্য প্রসূতি প্রসবান্তে হঠাৎ উঠিয়া বসিলে, সজোরে কাশিলে, অথবা অন্য কোনরূপে বেগ দিলে সময়ে সময়ে শোণিতস্রাব হইতে দেখা যায়।

প্রসূতি পরিপুষ্ট ও সবলকায় হইলেও তাঁহার শোণিতস্রাবের প্রবণতা থাকিতে পারে:—প্রসবান্তে এইরূপ প্রসূতির প্রভূত শোণিতস্রাব হইবার সম্ভাবনা। ম্যালেরিয়া ক্যাকেক্সিয়াগ্রস্তা গর্ভিণীদিগেরও শোণিতস্রাবের এরূপ প্রবণতা দেখিতে পাওয়া যায়; তাঁহাদের যে কোন কারণেই শোণিতস্রাব হউক না কেন, অনেকস্থলে তাহা সহজে রুদ্ধ

করিতে পারা যায় না। এরূপ প্রবণতা থাকাতে প্রসবান্তে অতি সাবধানে ও সতর্কভাবে তাঁহাদিগের চিকিৎসা করিতে হয়।

জরায়ু-গ্রীবা বিক্ষত হইলে বিচ্ছিন্ন স্থান হইতে শোণিতস্রাব হইয়া থাকে। জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত থাকিলেও এরূপ স্থলে শোণিতস্রাব হইতে দেখা যায়।

লক্ষণ।—সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবা মাত্র, অথবা পরিস্রব বহির্নিঃসৃত হইবার কিয়ৎক্ষণ পরে, শোণিতস্রাব আরম্ভ হইয়া থাকে। ইহা অকস্মাৎ প্রকাশ পাইয়া একেবারে প্রভূত পরিমাণে বর্দ্ধিত হইতে পারে। শোণিত মৃদুভাবে অবিরল ধারে বহুক্ষণ ধরিয়া নিঃসৃত হইয়া প্রসূতিকে শোণিতশূন্য করিয়া ফেলিতে পারে, অথবা তাহা হঠাৎ প্রভূত পরিমাণে নিঃসৃত হইতে আরম্ভ করিয়া অতি অল্প সময়ের মধ্যে রোগিণীর অবস্থা সাতিশয় সঙ্কটাপন্ন করিয়া তুলে। এই শোণিতস্রাবের সহিত জরায়ুর কুঞ্চিত ও দৃঢ়ভাব থাকে না। ইহার ক্রিকেট বলের ন্যায় গোলাকার ভাব বিদূরিত হয় এবং তৎপরিবর্ত্তে ইহা কোমল ও শিথিলভাবে অনুভূত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে শোণিত জরায়ুর অভ্যন্তর হইতে বহির্নিঃসৃত না হইয়া তন্মধ্যেই আবদ্ধ থাকিতে পারে। এরূপ হইলে জরায়ুর কুঞ্চিত ভাব থাকে না; অভ্যন্তরীণ শোণিতচাপে ইহা বিস্ফারিত হইয়া উঠে এবং এব্‌ডোমেন মধ্যে একটি কোমল অর্ব্বুদরূপে প্রতীত হইয়া থাকে।

শোণিতস্রাব বাহ্য অথবা অভ্যন্তরীণই হউক শোণিতনোক্ষণের সাধারণ লক্ষণাবলি অল্প বা অধিক পরিমাণে প্রকাশ পায়। শোণিত প্রভূত পরিমাণে নিঃসৃত হইলে শোণিতক্ষয়ের সমস্ত উৎকট লক্ষণনিচয় পরিস্ফুট হইতে দেখা যায়। শোণিতস্রাবে দেহে যেমন শোণিতের পরিমাণ কমিয়া আইসে, নাড়ীর ক্ষীণতা ও ঘনতা, দেহের অবসন্নতা, অধীরতা ও ক্রমে কোল্যাপ্সের দুরূহ লক্ষণনিচয় সমুদ্ভূত হইতে থাকে। এই সমস্ত লক্ষণের বিবরণ একসিডেন্ট্যাল শোণিতস্রাব অধ্যায়ে সবিস্তররূপে বর্ণিত হইয়াছে; এস্থলে তাহার পুনরুল্লেখ নিষ্প্রয়োজন। এই সমস্ত লক্ষণে চিকিৎসকের বিশেষ অভিজ্ঞতা থাকা নিতান্ত আবশ্যক। তাহা না

থাকিলে অভ্যন্তরীণ শোণিতস্রাব সম্যক্‌রূপে বুঝিয়া উঠা সময়ে সময়ে অতিশয় দুরূহ হইয়া পড়ে।

চিকিৎসা।

নিবারণী চিকিৎসা।—প্রসবের তৃতীয় ক্রমে নিয়মিতরূপ চিকিৎসা হইলে প্রসবান্তে শোণিতস্রাব হইবার সম্ভাবনা সাতিশয় কমিয়া যায়। তৃতীয় ক্রমের চিকিৎসা-প্রকরণে সম্বন্ধে যে সকল কথা বলা হইয়াছে, তৎসমুদায়ের উপর বিশেষ লক্ষ্য রাখিলে এই উদ্দেশ্য সম্যক্‌রূপে সাধিত হইতে পারে। প্রসবান্তে সকল স্থলেই জরায়ুর সম্যক্ সঙ্কোচন রক্ষা করা আবশ্যক। এইজন্য প্ল্যাসেণ্টা বহির্গত হইবার পরেই সচরাচর প্রসূতিকে একমাত্রা আর্গট খাওয়ান হয়। আর্গট প্রয়োগ করিবা মাত্র জরায়ুর উপর ইহার কার্য্য আরম্ভ হয় না,—অন্ততঃ দশ পনর মিনিট পরে হইয়া থাকে। এইজন্য শোণিতস্রাবের সম্ভাবনা অধিক থাকিলে তৃতীয় ক্রম সমাপ্ত হইবার কিঞ্চিৎ পূর্ব্বে এই ঔষধ প্রয়োগ করা যুক্তিযুক্ত। কোন কোন স্থলে শিশু বহির্নিঃসৃত হইবার পরই আর্গট-প্রয়োগ আবশ্যক হইয়া পড়ে। আর্গটিন হাইপোডার্ম্মিকরূপে প্রয়োগ করিলে অতিশীঘ্র কার্য্য করিয়া থাকে। প্রসবের অব্যবহিত পরেই পটবন্ধনী স্থাপন না করা পর্য্যন্ত জরায়ুর উপর হস্তচাপ ন্যস্ত করিয়া রাখা আবশ্যক। তাহাতে জরায়ুর সঙ্কোচন পরিবর্দ্ধিত ও সংরক্ষিত হইয়া থাকে। জরায়ু সম্যক্‌রূপে সঙ্কুচিত হইতেছে না বুঝিতে পারিলেই তাহার কারণ নির্ণয়ার্থ অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য। প্ল্যাসেণ্টার ও মেম্ব্রেণের অবশেষ এবং শোণিতের "ক্লট" থাকিলে তৎসমুদায় অচিরে বাহির করিয়া দেওয়া আবশ্যক। এবডোমেনের উপর একটী হস্ত স্থাপন পূর্ব্বক চাপ প্রদান করিলেও এইকার্য্য সম্পন্ন হইতে পারে। জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত না থাকিলে এক টুকরা বরফ যোনি অথবা জরায়ুর অভ্যন্তরে প্রবেশিত করিয়া দিলে জরায়ু কুঞ্চিত হইয়া পড়ে; তাহাতে শোণিতস্রাবের সম্ভাবনা কমিয়া যায়। নাড়ীর অবস্থা দর্শনেও শোণিতস্রাব

সম্ভবপর কি না, অনেক স্থলে তাহা বুঝিতে পারা যায়। প্রসবান্তে জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত হইলে নাড়ীর সংখ্যা কমিয়া আইসে; জরায়ু কুঞ্চিতভাবে না থাকিলে নাড়ীর সংখ্যা প্রায়ই বাড়িয়া উঠে। এইজন্য নাড়ীর সংখ্যা যতক্ষণ না কমিয়া আইসে, ততক্ষণ জরায়ুর অবস্থার উপর লক্ষ্য রাখা একান্ত আবশ্যক। জরায়ু অন্ততঃ আধ ঘণ্টা কুঞ্চিত-ভাবে থাকার পর পটবন্ধনী স্থাপন করা বিধেয়। তাহা না করিয়া প্রসবের পরেই ব্যাণ্ডেজ সংস্থাপিত করিলে জরায়ুর প্রকৃত অবস্থা বুঝিতে পারা যায় না; তাহাতে শোণিতস্রাব গূঢ়ভাবে হইয়া প্রসূতিকে সঙ্কটাপন্ন করিয়া তুলিতে পারে। মূত্রাশয় পরিপূর্ণ থাকিলে জরায়ু-সঙ্কোচনের ব্যতিক্রম ঘটিবার সম্ভাবনা। এইজন্য শোণিতস্রাব সম্ভবপর বলিয়া বোধ হইলে ব্ল্যাডার খালি করিয়া দেওয়া আবশ্যক। এই সকল বিষয়ের প্রতি সম্যক্ দৃষ্টি রাখিলে শোণিতস্রাবের সম্ভাবনা সাতিশয় কমিয়া যায়।

আরোগ্যসাধক চিকিৎসা।—শোণিতস্রাব আরম্ভ হইবা মাত্র অচিরে জরায়ুর সঙ্কোচন-সাধনের উপায় অবলম্বন করা আবশ্যক। পূর্ণ মাত্রায় আর্গট প্রয়োগ এবং এব্‌ডোমেন-প্রাচীর দিয়া জরায়ুকে হস্ত দ্বারা ধারণ করিয়া চাপ প্রদান করিলে অনেকস্থলে জরায়ু কুঞ্চিত হইয়া পড়ে। বস্তি প্রশস্ত থাকিলে যোনিমধ্যে হস্ত প্রবেশিত করিয়া ইহার পশ্চাৎ কুল্‌ডিস্যাক দ্বারা জরায়ুর পশ্চাৎ-প্রদেশে সহজে অঙ্গুলি স্থাপিত করিতে পারা যায়। এই অবস্থায় এব্‌ডোমেনের উপর অপর হস্ত রক্ষা করিয়া জরায়ুর উপর সম্যক্‌রূপে চাপ দেওয়া যাইতে পারে। জরায়ুর অভ্যন্তরে প্ল্যাসেণ্টা অথবা শোণিতক্লট থাকিলে ধীরে ধীরে হস্ত প্রবেশিত করিয়া তাহা তৎক্ষণাৎ বহির্নিঃসারিত করিয়া দেওয়া আবশ্যক। জরায়ু মধ্যে এইরূপ হস্ত প্রবেশিত হইলে প্রত্যাবর্ত্তক ক্রিয়া দ্বারা জরায়ুর সঙ্কোচন সাধিত হইয়া থাকে। এইজন্য প্ল্যাসেণ্টা ও শোণিতক্লট নিঃসারিত হইবার সঙ্গে সঙ্গে জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত হইয়া পড়ে; তাহাতে রক্তনালীসমুদায় কুঞ্চিত হইয়া শোণিতস্রাব বন্ধ করে। এই সকল উদ্দেশে যখন জরায়ুর অভ্যন্তরে হস্ত প্রবেশিত করা হয়, অপর হস্ত দ্বারা বাহির হইতে জরায়ুকে ধরিয়া রাখা আবশ্যক।

জরায়ুর "ইনভার্ষণ" থাকিলে তাহা "রিডিউস" করিয়া দেওয়া উচিত। এই প্রক্রিয়া কিরূপে সাধন করিতে হয়, তাহা যথাস্থানে বর্ণিত হইবে। জরায়ু-সঙ্কোচনের বিষমতা থাকিলে, অথবা প্ল্যাসেণ্টা জরায়ুপ্রাচীরে দৃঢ়ভাবে সংযুক্ত হইলে পরিস্রব প্রায়ই আপন হইতে বহির্নিঃসারিত হয় না; অতি সাবধানে ও সতর্কভাবে ইহা বহির্নিঃসারিত করিতে হয়। জরায়ুর "আওয়ার গ্ল্যাস" সঙ্কোচন থাকিলে সঙ্কীর্ণস্থল দিয়া হস্ত ধীরে ধীরে প্রবেশিত করা আবশ্যক; সঙ্কীর্ণস্থল অতিক্রম করিলেই পরিস্রব সহজে বহির্নিঃসারিত করিতে পারা যায়। "প্ল্যাসেণ্টা এড্‌হিয়ারেণ্ট" বা সংযুক্ত হইলে সময়ে সময়ে প্রকৃত অবস্থা নিরূপণ করা কঠিন হইয়া উঠে; তবে যে স্থলে পূর্ব্ব প্রসবে প্ল্যাসেণ্টা বহির্নিঃসারণ করা কষ্টসাধ্য হইয়াছিল বলিয়া বুঝিতে পারা যায়, সে স্থলে জরায়ু সঙ্কুচিত থাকিয়াও পরিস্রব বহির্নিঃসারিত না হইলে প্ল্যাসেণ্টা দৃঢ়সংযুক্ত বলিয়া বোধ হইতে পারে। প্ল্যাসেণ্টা জরায়ুপ্রাচীরে সংযুক্ত থাকিলে ইহার স্থিতিস্থল অধিক উচ্চ বলিয়া অনুভূত হয়; এবং নাভিরজ্জু ধরিয়া টানিলে প্ল্যাসেণ্টা ও জরায়ু একত্রে সমভাবে নামিয়া আইসে। পরিস্রব দৃঢ় সংযুক্ত বলিয়া বোধ হইলে অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা দ্বারা প্রকৃত অবস্থা নির্ণয় করা আবশ্যক। এই উদ্দেশে হস্ত নাভিরজ্জুর গায়ে গায়ে জরায়ু মধ্যে প্রবেশিত করিতে হয় এবং পরিস্রবের নিম্ন কিনারা নির্ণীত করিয়া ইহার ও জরায়ু-প্রাচীরের মধ্যে ধীরে ধীরে অঙ্গুলি চালিত করা আবশ্যক;—ক্রমে এতদুভয়ের মধ্যে হস্ত প্রবেশিত করিয়া পরিস্রব বিযুক্ত করিয়া ফেলিতে হয়। প্ল্যাসেণ্টার কোন অংশ বিযুক্ত বলিয়া বোধ হইলে সেই বিযুক্তস্থল হইতেই ইহাকে পৃথক্ করিতে আরম্ভ করা আবশ্যক। যাহাতে সমগ্র প্ল্যাসেণ্টা অবিচ্ছিন্নরূপে জরায়ুপ্রাচীর হইতে বিযুক্ত হয়, তদ্বিষয়ে বিশেষ লক্ষ্য রাখা কর্ত্তব্য। প্ল্যাসেণ্টা সম্পূর্ণরূপে নিঃসারিত না হইয়া যদি ইহার কিয়দংশ ছিঁড়িয়া ভিতরে রহিয়া যায়, তাহা সতর্কভাবে অন্তরিত করা উচিত; কিন্তু অনুভব দ্বারা পরিস্রবের ও জরায়ুর টিসুর পার্থক্য সহজে বুঝিতে পারা যায় না; এইজন্য পরিস্রবের অবশিষ্ট অংশ সমুদয় অন্তরিত করা সময়ে সময়ে বড়ই কঠিন হইয়া পড়ে। কখন কখন

সমস্ত অবশেষগুলি সম্পূর্ণরূপে অন্তরিত করিতে পারা যায় না। এই সমস্ত অবশেষ বিয়োজিত হইয়া যাহাতে সেপ্টিসিমিয়া পীড়া উদ্ভাবন না করে, এইজন্য "এণ্টিসেপ্টিক শোধন" দ্বারা তাহা ধুইয়া ধুইয়া বাহির করিতে হয়।

প্রত্যাবর্ত্তক ক্রিয়া দ্বারা জরায়ুর সঙ্কোচনসাধন।

শৈত্য, তড়িৎ, তাপ, প্রভৃতি দ্বারা এই উদ্দেশ্য সাধিত হইতে পারে; রোগিণী সাতিশয় দুর্ব্বল হইয়া পড়িলে প্রত্যাবর্ত্তক ক্রিয়া সম্যক্‌রূপে উৎপাদিত হয় না।

শৈত্যপ্রয়োগ।—শৈত্যদ্বারা প্রত্যাবর্ত্তক ক্রিয়া উদ্ভাবন করিতে হইলে থাকিয়া থাকিয়া ইহা প্রয়োগ করিতে হয়,—নিরবচ্ছেদে প্রয়োগ করিলে উদ্দেশ্য সাধিত হয় না। বরফ অধিগত থাকিলে তাহা রোগিণীর এব্‌ডোমেন-প্রাচীরে অথবা ভল্‌ভার উপর অল্প অল্প সময় অন্তরে প্রয়োগ করিতে হয়। এক এক বার প্রয়োগের পর সিক্তস্থল মুছাইয়া দেওয়া আবশ্যক। এক টুকরা বরফ যোনি অথবা জরায়ুর অভ্যন্তরে প্রবেশিত করা যাইতে পারে। বরফের অভ্যন্তরীণ প্রয়োগে ইহার সংস্পর্শে জরায়ুর স্থানিক সঙ্কোচনও উৎপাদিত হইয়া থাকে। বরফ না পাওয়া গেলে একটু উচ্চ হইতে ভল্‌ভা ও এব্‌ডোমেনের উপর অল্প অল্প ক্ষণ অন্তর শীতল জল ঢালিয়া দিলেও প্রত্যাবর্ত্তক ক্রিয়া উৎপাদিত হইয়া থাকে। এইরূপে জল সিঞ্চন করিলে উদ্দেশ্য সুসিদ্ধ হইতে পারে বটে, কিন্তু ইহাতে বিছানা প্রভৃতি ভিজিয়া যায়; এইজন্য একখানা তোয়ালে অথবা গামছা ভিজাইয়া মাঝে মাঝে ভল্‌ভা ও এব্‌ডোমেনের উপর ঘন ঘন মৃদু আঘাত করিলে উদ্দেশ্য সফল হইতে পারে। "ইথারস্প্রে" দ্বারাও এব্‌ডোমেন-প্রাচীরে শৈত্যপ্রয়োগ করা যাইতে পারে। শীতল জল পিচকারী দ্বারা জরায়ুর অভ্যন্তরে ঊর্দ্ধপ্রদেশে চালিত করিলেও তন্মধ্যে শোণিতক্লট প্রভৃতি যাহা কিছু থাকে, সম্পূর্ণরূপে বহির্নিঃসারিত হইয়া পড়ে, এবং শৈত্যস্পর্শে তৎসঙ্গে জরায়ুও সঙ্কুচিত হইয়া আইসে। রেকটাম মধ্যেও শীতল জল সেচন করিলে জরায়ুর সঙ্কোচন সাধিত হইতে পারে।

তাপপ্রয়োগ।—উষ্ণ জল (১১০ হইতে ১২০ ডিগ্রি) জরায়ুর অভ্যন্তরে প্রক্ষিপ্ত হইলে জরায়ুর সঙ্কোচন সম্যক্‌রূপে সাধিত হইয়া থাকে। যেস্থলে শৈত্য, আর্গট প্রয়োগ ও অন্যান্য উপায়ে কৃতকার্য্য হইতে পারা যায় না, সেরূপ স্থলে উষ্ণ জল প্রয়োগে শোণিতমোক্ষণ নিবারিত হইতে পারে।

তড়িৎপ্রয়োগ।—তড়িৎ প্রয়োগ করিতে হইলে ব্যাটরীর একটী "পোল" এবড়োমেন-প্রাচীরের উপর, অপরটী জরায়ুর অভ্যন্তরে সন্নিবেশিত করা আবশ্যক।

স্তন্যদান।—শিশুকে স্তন্যদান করিলে প্রত্যাবর্ত্তন ক্রিয়া দ্বারা জরায়ু সঙ্কুচিত হইতে পারে। তবে প্রভূত শোণিতস্রাব হইলে এই উপায়ের উপর নির্ভর করা যাইতে পারে না। শোণিতস্রাব একবার বন্ধ হইয়া আসিলে স্তন্যদানের সাহায্যে জরায়ুর সঙ্কোচন সংরক্ষিত হইতে পারে।

এওয়ার্টার উপর চাপপ্রদান।—এওয়ার্টার উপর চাপপ্রদান করিলে কিয়ৎকালের জন্য শোণিতস্রাব রুদ্ধ হইতে পারে। এওয়াটিক টুর্ণিকেট দ্বারা এই কার্য্য সম্যক্‌রূপে সাধিত হইয়া থাকে। এই যন্ত্র না থাকিলে হস্তদ্বারা চাপ প্রদান করা আবশ্যক। এই চাপ প্রদানে কেবল যে, শোণিতস্রাব রুদ্ধ হয়, এমত নহে, শোণিত দেহের উর্দ্ধভাগেই অধিক পরিমাণে বহিয়া যায়,—নিম্নে নামিয়া আসিতে পারে না। এইরূপ হওয়াতে দেহ নিতান্ত শোণিতশূন্য হইয়া পড়ে না।

থ্রম্বোসিস।—জরায়ুর সঙ্কোচন সাধনের নিমিত্ত যে সকল উপায় বর্ণিত হইল, তৎসমুদয় দ্বারা অভীষ্টসিদ্ধ না হইলে জরায়ুর উন্মুক্ত নালী সমুদায় থ্রম্বোসিস উৎপাদন করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। জরায়ু মধ্যে প্রবল সঙ্কোচক দ্রব্য প্রবেশিত করিলে এই উদ্দেশ্য সাধিত হইতে পারে। থ্রম্বোসিস উৎপাদন করিবার জন্য লাইকার ফেরিপার্‌ক্লোরাইড ফোর্ট সর্ব্বাপেক্ষা ভাল; এক ভাগ ঔষধ ও ছয়ভাগ জল এই অনুপাতে মিশাইয়া হিগন্‌সনের পিচকারী দ্বারা জরায়ুর ফণ্ডাসে আস্তে আস্তে চালিত করিতে হয়। পিচকারীর অগ্রভাগ পর্য্যন্ত ঔষধে পরিপূরিত করিয়া অঙ্গুলি দ্বারা তাহা ফণ্ডাস পর্য্যন্ত চালিত করা বিধেয়; তাহা না করিলে পিচকারীর ভিতর বায়ু থাকিয়া যায়

এবং পিচ্‌কারীর কার্য্য আরম্ভ হইবা মাত্র অগ্রে বায়ু জরায়ু-গহ্বরে প্রবেশ করে; বায়ু জরায়ুর উন্মুক্ত সাইনাস দ্বারা শোণিত সঞ্চালনে নীত হইলে রোগিণীর জীবন সঙ্কটাপন্ন হইতে পারে। ফণ্ডাস প্রদেশে সঙ্কোচক ঔষধ প্রক্ষিপ্ত হইলে তাহা সমস্ত প্রাচীরে পরিব্যাপ্ত হইয়া ক্রমে ক্রমে নামিয়া আইসে এবং শোণিতের সহিত সংস্পৃষ্ট হওয়াতে ইহাকে জমাট বাঁধাইয়া তুলে। তাহাতে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি আকুঞ্চিত হইয়া পড়ে এবং অভ্যন্তরীণ উত্তেজনায় জরায়ুর পৈশিক তন্তু সমুদায়ও সঙ্কুচিত হইয়া থাকে। সঙ্কোচক দ্রব্যের এইরূপ "ইঞ্জেক্‌শন" করিবার পূর্ব্বে জরায়ুর অভ্যন্তর হইতে রক্তের জমাট বাহির করিয়া দেওয়া আবশ্যক; তাহা না করিলে ঔষধ জরায়ু-প্রাচীরের সর্ব্বত্র সমান ভাবে না লাগিতে পারে, এবং জরায়ুর মধ্যে রক্তের জমাট থাকিলে ঔষধস্পর্শে তাহা কঠিন হইয়া থাকে। তৎসমুদায় সহজে বহির্নিঃসৃত হইতে পায় না, বিয়োজিত হইয়া সেপ্টিসিমিয়া প্রভৃতি পীড়া উদ্ভাবন করিতে পারে। ইঞ্জেক্‌শন করিবার পর অন্যান্য বিপদ-সংঘটনও অসম্ভব নহে।—সাইনাসস্থিত থ্রম্বস ভাঙ্গিয়া গিয়া সাধারণ শোণিত-সঞ্চালনে চালিত হইয়া হৃৎপিণ্ডে উপনীত হইতে পারে, অথবা শোণিত-সঞ্চালন প্রণালীর অন্য কোন স্থলের অবরোধ সাধন করে। সঙ্কোচক ঔষধ ফেলোপিয়ান নালীর ভিতর দিয়া এব্‌ডোমেন গহ্বরে প্রবেশ করিলে উৎকট পেরিটোনাইটিস পীড়া উদ্ভাবিত হইয়া থাকে। এইজন্য সঙ্কোচক ঔষধের স্থানিক প্রয়োগে থ্রম্বোসিস উৎপাদন করা নিরাপদ নহে। তবে অন্যান্য উপায় দ্বারা জরায়ু-সঙ্কোচনের চেষ্টা নিষ্ফল হইলে এবং রোগিণীর জীবন সঙ্কটাপন্ন হইয়া পড়িলে, এই প্রক্রিয়া অবলম্বন অনিবার্য্য হইয়া পড়ে। এই প্রক্রিয়া দ্বারা অনেক স্থলে রোগিণীকে মুমূর্ষু অবস্থা হইতে রক্ষা করা যায়। টিঞ্চার আইওডাইন, ভিনিগার, হেজেলিন প্রভৃতি ঔষধও থ্রম্বোসিস উৎপাদন ও জরায়ু-সঙ্কোচন সাধনার্থ ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

সঙ্কোচক ঔষধ প্রয়োগের পর জরায়ুর উপর চাপ দেওয়া বিধেয় নহে;—চাপ দিলে রক্তের জমাট আবার ভাঙ্গিয়া যাইবার সম্ভাবনা; তবে জরায়ু কুঞ্চিত হইয়া আসিলে ও শোণিতস্রাব বন্ধ হইলে পটবন্ধনী নিয়মিতরূপে প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

জরায়ু-গ্রীবা, অথবা প্রসবপথের অন্য কোন স্থল বিক্ষত হইয়া যদি শোণিতস্রাব হয়, তাহা হইলে টিঞ্চার ফেরি পারক্লোরাইড তুলি করিয়া স্থানিক সঙ্কোচকরূপে প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

শোণিতস্রাব বন্ধ করিবার চেষ্টায় যখন এই সকল উপায় অবলম্বন করা যায়, তখন রোগিণীর শয়ন, অশন প্রভৃতি সাধারণ চিকিৎসার প্রতি বিশেষ লক্ষ্য রাখা আবশ্যক। শোণিতস্রাবে রোগিণী দুর্ব্বল হইতেছেন বলিয়া বোধ হইলে তাঁহার মস্তকতল হইতে অচিরে বালিস সরাইয়া লইয়া বিছানার পাছতলা তুলিয়া ধরা বিধেয়। তাহাতে প্রসূতির অবশিষ্ট দেহ অপেক্ষা মাথা নিম্নে স্থিত হওয়াতে শরীরে অল্প পরিমাণ শোণিত থাকিলেও মস্তিষ্ক শোণিতশূন্য হইতে পায় না, তাহাতে সঙ্কটকর মূর্চ্ছা হইতে রোগিণী রক্ষিত হইতে পারেন। এই অবস্থায় হস্তপদাদির উর্দ্ধাংশে এক একটী বন্ধনী দেওয়া যাইতে পারে, এরূপ করিলে ব্যাণ্ডেজের নিম্নস্থিত অংশ সমুদায়ের শোণিত তত্তৎস্থলেই থাকিয়া যায়। শরীর দুর্ব্বল হইলে ব্রাণ্ডি, এমোনিয়া প্রভৃতি উত্তেজক দ্রব্য অল্পে অল্পে প্রয়োগ করা বিধেয়। শরীর সাতিশয় দুর্ব্বল হইয়া পড়িলে সাল্‌ফুরিক ইথার হাইপোডার্ম্মিক রূপে প্রয়োগ করা যাইতে পারে; একমাত্রা আর্গটে ফলোদয় না হইলে, আরও দুই এক মাত্রা অল্পক্ষণ অন্তরে দেওয়া আবশ্যক। এই সকল উপায় অবলম্বন করিবার কালে রোগিণীর পথ্যের দিকে লক্ষ্য রাখিতে হয়; দেহের অতিশয় দুর্ব্বল অবস্থায় পাকস্থলী অধিক বা অল্প পরিমাণে নিষ্ক্রিয় থাকে; এইজন্য সুপাচ্য ও বলকারক খাদ্য ও ঔষধাদি অল্প অল্প প্রয়োগ করিতে হয়; অধিক পরিমাণে দিলে পরিপাক পায় না; পরে প্রতিক্রিয়া আরম্ভ হইলে ভুক্ত ঔষধাদির কার্য্য অল্পক্ষণ মধ্যেই যুগপৎ সমুদ্ভূত হইয়া দেহের নানা প্রকার বিঘ্ন উৎপাদন করিতে পারে।

রোগিণী নিতান্ত শোণিতশূন্য হইয়া পড়িলে শোণিতের "ট্রান্সফিউশন" দ্বারা তাঁহার জীবন পুনরুদ্রিক্ত করিতে পারা যায়।

"সেকেণ্ডারী" বা দ্বৈতীয়িক প্রসবোত্তর শোণিত-স্রাব।—প্রসবান্তে কয়েক ঘণ্টা কখন কখন কয়েক দিবস পরে জরায়ু, অথবা প্রসব-পথ হইতে শোণিতস্রাব হইতে পারে। এইরূপ শোণিতস্রাবকে

সেকেণ্ডারী বা দ্বৈতীয়িক শোণিতস্রাব বলা যায়। কোন কোন স্থলে শোণিতস্রাব একবার হইয়াই বন্ধ হইয়া থাকে; কখনও বা লোকিয়ার সহিত বহু দিবস ধরিয়া অল্পে অল্পে নিঃসৃত হইয়া রোগিণীকে দুর্ব্বল করিয়া ফেলে। কোন কোন স্থলে ইহা অকস্মাৎ ও প্রভূত পরিমাণে হইয়া রোগিণীর অবস্থা বিপন্ন করিয়া তুলে। শোণিতস্রাব একবার হইয়া যতক্ষণ না ইহার কারণ বিদূরিত হয়, ততক্ষণ আবার হঠাৎ হইবার সাতিশয় সম্ভাবনা। এইজন্য "সেকেণ্ডারী হিমরেজ" একবার হইলে তাহার কারণ নির্ণয় করিয়া তাহা বিদূরিত করা আবশ্যক।

কারণ।—প্ল্যাসেণ্টা ও মেম্ব্রেণের অবশেষ, অথবা শোণিতক্লট জরায়ুমধ্যে আবদ্ধ থাকিয়া অনেকস্থলে দ্বৈতীয়িক শোণিতস্রাব উদ্ভাবন করিয়া থাকে। জরায়ু একবার কুঞ্চিত হইয়া দৌর্ব্বল্য প্রযুক্ত আবার বিস্ফারিত হইতে পারে, তাহাতেও শোণিতস্রাব হইবার সম্ভাবনা। জরায়ুর প্রদাহিত অবস্থা বিদ্যমান থাকিলে, অথবা হঠাৎ কোন কারণে শোণিতচাপ বৃদ্ধি পাইয়া সাইনাস হইতে রক্তের জমাট খুলিয়া গেলে শোণিতস্রাবের কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। জরায়ুর স্থানচ্যুতি ও ইনভার্ষণ, ইহার প্রাচীরে ফাইব্রয়েড টিউমার অথবা পলিপাস সংস্থিত থাকিলে এরূপ শোণিতস্রাব সংঘটিত হইতে পারে। প্রসবকালে জরায়ুগ্রীবা, অথবা প্রসবপথের অন্য কোন স্থল বিক্ষত হইলে, কিম্বা যোনিতে থ্রম্বোসিস থাকিলে সময়ে সময়ে দ্বৈতীয়িক শোণিতস্রাব হইতে দেখা যায়।

চিকিৎসা।—দ্বৈতীয়িক শোণিতস্রাবের কারণ অনুসারে ইহার চিকিৎসা বিধান করা আবশ্যক; পীড়ার কারণ বিদূরিত হইলেই শোণিতস্রাব বন্ধ হইয়া যায়। সকল স্থলেই রোগিণীকে শান্তি সম্ভোগ করিতে দেওয়া এবং জরায়ুগহ্বর পরীক্ষা করিয়া দেখা উচিত;—গহ্বরমধ্যে শোণিতক্লট, পরিস্রব ও মেম্ব্রেণের অবশেষ বিদ্যমান থাকিলে, অতি সাবধানে তৎসমুদায় বাহির করিয়া লওয়া আবশ্যক। যে সময়ে দ্বৈতীয়িক শোণিতস্রাব হয়, সেই সময়ের মধ্যে জরায়ুমুখ প্রায়ই অধিক পরিমাণে কুঞ্চিত হইয়া আইসে তাহাতে জরায়ুর অভ্যন্তরে অঙ্গুলি সহজে চালিত করিতে পারা যায় না; সময়ে সময়ে টেণ্ট, অথবা বার্ণসের ব্যাগ দ্বারা জরায়ুগ্রীবা বিস্ফারিত করিয়া লইতে

হয়। অভ্যন্তরস্থ পদার্থ সমুদায় বাহির করিবার পর কার্ব্বলিক এসিড, পার্ম্যাঙ্গেনেট অব পটাস, অথবা অন্য কোন ডিসইনফেক্টাণ্ট লোশন দ্বারা জরায়ু-গহ্বর ধৌত করিয়া দেওয়া আবশ্যক। জরায়ুর সঙ্কোচন সাধন ও পরিবর্দ্ধন করিবার নিমিত্ত আর্গট প্রয়োগ করা বিধেয়। সময়ে সময়ে এই সকল উপায় দ্বারা শোণিতস্রাব বন্ধ করিতে পারা যায় না; তীব্র সঙ্কোচক ঔষধির স্থানিক প্রয়োগ আবশ্যক হইয়া পড়ে। পারক্লোরাইড অব আয়রণ প্রসবোত্তর শোণিতস্রাবে যেরূপে ব্যবহৃত হইয়া থাকে, জরায়ুগ্রীবা সঙ্কীর্ণ থাকাতে এস্থলে সেইরূপে ব্যবহৃত হইতে পারে না। কাপড়ের মোটা তুলি করিয়া, অথবা একটী কাটির ডগায় একটু স্পঞ্জ বাঁধিয়া জরায়ুর অভ্যন্তরে সহজে এই ঔষধ লাগাইতে পারা যায়। কোন স্থানিক ক্ষত হইতে শোণিতস্রাব হইলে পারক্লোরাইডের এইরূপ প্রয়োগেও তাহা সহজে বন্ধ হইতে পারে।

জরায়ুর স্থানচ্যুতি, ইহার ইনভার্যণ, ইহার প্রাচীরে পলিপাস প্রভৃতি অস্বাভাবিক অবস্থা বিদ্যমান থাকিলে, সেই সমস্ত অবস্থার চিকিৎসা করা বিধেয়। সেই সকল চিকিৎসার বিষয় যথাস্থানে লিখিত হইবে।

শোণিতস্রাবের ভাবী ফল।

শোণিতস্রাব যে প্রকারেরই হউক না কেন, ইহা অধিক হইবার পর প্রতিক্রিয়া আরম্ভ হইলে প্রসূতি প্রায়ই উৎকট শিরঃপীড়ায় কাতর হইয়া পড়েন; তাঁহার আলোক ও শব্দ সহ্য হয় না এবং সার্ব্বাঙ্গিক স্নায়বিক অবসন্নতা সঞ্জাত হয়; তৎকালে এইরূপ কতকগুলি কষ্টকর লক্ষণ প্রসূতিকে প্রপীড়িত করিয়া থাকে। এরূপ অবস্থা দূর করিবার জন্য রোগিণীকে সর্ব্বপ্রকার উদ্বেগ ও উত্তেজনার কারণ হইতে দূরে রাখিয়া তাঁহাকে শান্তি সম্ভোগ করিতে দেওয়া কর্ত্তব্য। তৎকালে উপযুক্ত পথ্য ও উত্তেজক ঔষধ অল্প অল্প পরিমাণে খাওয়ান আবশ্যক। এই অবস্থায় অহিফেন দ্বারা বিশেষ ফল লাভ করা যায়। ইহা আর্গটের সহিত ব্যবহার করা উচিত। যেস্থলে আর্গটের কার্য্যফল দেহে প্রচুর পরিমাণে বিদ্যমান থাকে, সেস্থলে আর্গটের

সংযোগ আবশ্যক হয় না :—কেবল অহিফেন প্রযোজিত হইলেই অভীষ্ট সিদ্ধ হইতে পারে। এই উদ্দেশে অহিফেনের টিঞ্চার, অথবা লাইকার ওপিয়াই সিডেটাইভস ২০।২৫ মিনিম মাত্রায় এককালে দেওয়া আবশ্যক। আবশ্যক বোধে স্থলবিশেষে আর এক মাত্রা খাওয়াইতে পারা যায়। এই ঔষধির প্রভাবে রোগিণীর উত্তেজিত ভাব অনেক পরিমাণে বিদূরিত হয় এবং তাঁহার নিদ্রা আইসে। নিদ্রার পর রোগিণী অনেক সুস্থ বোধ করিয়া থাকেন। অহিফেন অল্প মাত্রায় খাওয়াইলে ইহা উত্তেজক রূপে কার্য্য করে; তাহাতে উপকার না হইয়া অপকার হইবার সম্ভাবনা।

শোণিতস্রাব জনিত এনিমিয়া ও দৌর্ব্বল্য অধিক পরিমাণে থাকিলে প্রসূতিকে প্রায়ই অধিক দিবস শয্যাগত থাকিতে হয়। তাঁহার শরীর সুস্থ হইলেও দৌর্ব্বল্য সারিতে অনেক দিন লাগে। দেহের পূর্ব্ব অবস্থা ভাল থাকিলে রোগিণী অল্প দিনের মধ্যে বল পুনর্লাভ করিতে পারেন; কিন্তু পূর্ব্ব হইতেই কোন দুর্ব্বলকর পীড়া থাকিলে স্বাস্থ্যলাভে প্রায়ই বিলম্ব হইয়া থাকে। উপযুক্ত পথ্য ও বলকারক ঔষধ যথানিয়মে ব্যবহার করিতে হয়। মাংসের কাথ, মাংস, উত্তম ওয়াইন ও ব্রাণ্ডি পরিপাকশক্তির অবস্থানুসারে আবশ্যকমত প্রযোজিত হইয়া থাকে। টিঞ্চার ফেরি পারক্লোরাইড, লাইকার ফেরি ডায়ালাইসেটস, সিরপ ফেরি ফস্ফেট কম্পোও প্রভৃতি লৌহ ঘটিত ঔষধ এনিমিয়া বিদূরণে বিশেষ সহায়তা করিয়া থাকে। কোন কোন স্থলে আর্সেনিক দ্বারা বিশেষ ফললাভ করা যায়।

রোগিণীর অবস্থা অতিশয় এনিমিক হইলে অল্প দিন মধ্যেই বিছানা ত্যাগ করা নিষিদ্ধ। তিনি যতদিন না পূর্ব্ব বল পুনর্লাভ করেন, ততদিন উঠিয়া বেড়াইতে চেষ্টা করা অনুচিত।

শোণিতের "ট্রান্সফিউশন।"

শোণিতস্রাব প্রযুক্ত দেহে আত্যন্তিক শোণিতহীনতা হইয়া উৎকট কোল্যাপ্স অবস্থা উৎপন্ন হইলে অপরের শোণিত রোগিণীর দেহে যদি

পরিচালন করা যায়, বিশেষ উপকার হইবার সম্ভাবনা। এরূপ করিলে রোগিণীর হৃৎপিণ্ড উত্তেজিত হয় এবং ক্ষয়িত শোণিত কিয়ৎপরিমাণে পুনরুপচিত হইয়া থাকে। এই প্রক্রিয়া উপযুক্ত প্রণালীতে অনুষ্ঠিত হইলে অনেক স্থলে মুমূর্ষু অবস্থা হইতে রোগিণীকে উজ্জীবিত করিতে পারা যায়; কিন্তু সকল স্থলে ইহা সহজসাধ্য নয় বলিয়া অধিক প্রচলিত নহে। জমাট না বাঁধিতে পাইয়াই শোণিত রোগিণীর দেহে প্রবেশিত হইতে পারে, অথবা শোণিতমোক্ষণের পর শোণিত জমাট বাঁধিয়া গেলে কোয়াগুলাগুলি বিদূরিত করিয়া শোণিতের অবশেষ রোগিণীর শোণিতে অনুপ্রবেশিত করিতে পারা যায়। এই প্রক্রিয়া সচরাচর তিনটী প্রণালীতে অনুষ্ঠিত হইয়া থাকে।

(১) শরীর হইতে শরীরান্তরে শোণিতসঞ্চালন। ইহা সচরাচর এভিলিঙের প্রক্রিয়া নামে আখ্যাত হইয়া থাকে। ইহার অনুষ্ঠানার্থ ডাক্তার এভিলিঙ হিগন্সনের ছোট পিচকারীর ন্যায় এক প্রকার যন্ত্র নির্ম্মাণ করিয়াছেন। সেই যন্ত্র নলাকার, তাহার মধ্যস্থলে একটী "বাল্ব" বা কোষ এবং দুই মুখে দুইটী রৌপ্য মুখনল আছে। এইরূপ পিচকারী ভাল্‌ভহীন। এই পিচকারীর একটী নল রোগিণীর এবং অপরটী দাতার কোন একটী শিরায় লাগাইয়া দেওয়া আবশ্যক। যন্ত্রটী নিয়মিতরূপে প্রযুক্ত হইলে এক দেহ হইতে অপর দেহে শোণিত স্বাভাবিক অবস্থাতেই প্রত্যক্ষ ভাবে সঞ্চালিত হয়।

(২) শোণিতে সোডিয়ম্‌ ফস্ফেট, অথবা লাইকার এমোনিয়া মিশাইয়া দিলে তাহা আর জমাট বাঁধিতে পারে না। এইরূপ শোণিত অনুপ্রবেশিত হইতে পারে। এই সকল দ্রব্য মিশাইতে হইলে জলও অনেক পরিমাণে মিশাইতে হয়; তাহাতে অনুপ্রবেশ্য দ্রব্যের পরিমাণও বৃদ্ধি পায়।

(৩) কোয়াগুলা বিদূরণের পর শোণিতের অবশিষ্ট অংশ অনুপ্রবেশিত করিতে হইলে, শোণিতমোক্ষণ করিয়া তাহাকে জমাট বাঁধিতে দেওয়া আবশ্যক। পরে একটী কাচদণ্ডে তাঁহা মথিত করিয়া পাতলা কাপড়ে ছাঁকিয়া লইলে ফাইব্রিণের জমাটগুলি বিদূরিত হইয়া যায়। তরল অংশে রক্তকণিকাসমূহ ও সিরম অবশিষ্ট থাকে। এই তরল অংশ পিচকারী দ্বারা রোগিণীর শোণিতে অনুপ্রবেশিত হইতে পারে।

"ট্র্যান্সফিউশন" ধীরে ধীরে করা উচিত। শোণিতের সহিত যাহাতে বায়ু অনুপ্রবেশিত না হয়, তদ্বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। এই প্রক্রিয়ার অনুষ্ঠানকালে রোগিণীর নাড়ী ও দেহের সাধারণ অবস্থার উপর ইহার কার্য্যফল পর্য্যবেক্ষণ করা আবশ্যক। চারি হইতে ছয় আউন্স শোণিত অনুপ্রবেশিত করিলে সচরাচর রোগিণী উজ্জীবিত হইয়া উঠেন এবং তাঁহার নাড়ী পুনরুদিত ও কোল্যাপ্স ভাব অপনীত হইতে থাকে। শোণিত-অনুপ্রবেশন কালে রোগিণীর শিরামধ্যে বায়ু প্রবেশের অথবা এম্বোলিজিমের লক্ষণাবলি পরিস্ফুট হইলে তৎক্ষণাৎ এই প্রক্রিয়া বন্ধ করা আবশ্যক।

রোগিণীর শোণিতে সদ্যদোহিত দুগ্ধও অনুপ্রবেশিত হইতে পারে। কেহ কেহ বিবেচনা করেন দুগ্ধ প্রবেশিত হইলে শোণিতের বিশেষ অনিষ্ট হইবার সম্ভাবনা। এইজন্য দুগ্ধের অনুপ্রবেশন সর্ব্ববাদিসম্মত নহে।

দ্বাবিংশ অধ্যায়।

জরায়ুর "ইনভার্ষণ"।

জরায়ু ভিতর দিকে বিপর্য্যস্ত হইলে, তাহাকে জরায়ুর "ইনভার্ষণ" বলা যায়। ইনভার্ষণ সম্পূর্ণ বা আংশিকরূপে হইতে পারে। ইনভার্ষণ অল্প পরিমাণে হইলে জরায়ুর বহির্ভাগে একটী ছোট বাটীর ন্যায় সঙ্কীর্ণ গভীরতা উৎপাদিত হয়, তাহাতে জরায়ুর অভ্যন্তরে তদনুরূপ একটী উচ্চতা সম্ভূত হইয়া থাকে। এইরূপ ইনভার্ষণ প্রায়ই জরায়ুর ফণ্ডাসে ঘটিয়া থাকে। ইনভার্ষণ অধিক পরিমাণে হইলে বিপর্য্যস্ত অংশ জরায়ু-মুখের বাহিরে আসিতে পারে, হঠাৎ দেখিলে তাহা একটী পলিপাস বলিয়া ভুল হইবার সম্ভাবনা। ইনভার্ষণ সম্পূর্ণরূপে হইলে জরায়ুর গ্রীবা পর্য্যন্তও বিপর্য্যস্ত হইয়া থাকে। এরূপ পূর্ণ ইনভার্ষণে জরায়ু একেবারে ভগদ্বার বাহিরে আসিতে পারে।

কারণ।—জরায়ুর ইনভার্ষণ খুব কমই হইতে দেখা যায়। প্রসবের তৃতীয় ক্রমে চিকিৎসার বিশৃঙ্খলা বশতঃ এই পীড়া ঘটিতে পারে। জরায়ু দৃঢ়রূপে সঙ্কুচিত হইতে না হইতে পরিস্রব বিযুক্ত করিবার জন্য রজ্জু ধরিয়া আকর্ষণ করিলে ইনভার্ষণ হইবার অধিক সম্ভাবনা। জরায়ুর সঙ্কোচন সাধন ও পর্য্যায়তন করিবার অভিপ্রায়ে এবৃডোমেন-প্রাচীর দ্বারা ইহাকে হস্তে নিয়মিতরূপে ধারণ না করিয়া কেবল অঙ্গুলির অগ্রভাগ দ্বারা ঊর্দ্ধ হইতে অধোভাগে সঞ্চাপিত করিলে ফণ্ডাসের কিয়দংশ জরায়ুর ভিতরে সহজে আসিয়া পড়িতে পারে। ঊর্দ্ধ হইতে এইরূপে চাপ দিবার কালে অন্য হস্ত দ্বারা যদি নাভিরজ্জু ধরিয়া টান দেওয়া হয়, জরায়ুর বিপর্য্যয় সংঘটিত হইয়া থাকে।

আংশিক ও বিষম সঙ্কোচনেও জরায়ু বিপর্য্যস্ত হইতে পারে। সমগ্র জরায়ু সমভাবে সঙ্কুচিত না হইয়া ইহার এক অংশ সজোরে এবং অবশিষ্ট অংশ শিথিলভাবে সঙ্কুচিত হইতে থাকিলে, সজোরে সঙ্কুচিত অংশ শিথিল অংশে নিহিত হইতে পারে; তাহাতে জরায়ুর ইন্‌ভার্ষণ ঘটা অসম্ভব নহে। সেইরূপ আবার শিথিল অংশ সঙ্কুচিত অংশে নিহিত হইয়া ইনভার্ষণ সাধন করিতে পারে। জরায়ুর মুখপ্রদেশ কুঞ্চিত এবং ইহার উর্দ্ধপ্রদেশ শিথিল থাকিলে শিথিল অংশ সঙ্কুচিত অংশে নিহিত হইয়া ক্রমে ক্রমে নামিতে থাকে। এরূপ স্থলে সম্ভবতঃ কেবল জরায়ুর বিষম সঙ্কোচনে ইহার ইনভার্ষণ ঘটে না, অন্যান্য কারণও ইহার উৎপাদনে সহায়তা করে। জরায়ু শিথিল অবস্থায় অতি সামান্য চাপেই,— এমন কি এব্‌ডোমেন-প্রাচীরের সঙ্কোচনেই বিপর্য্যস্ত হইতে পারে। পরে সেই অংশ কুঞ্চিত অংশে নিহিত হইয়া পড়িলে বিপর্য্যস্ত ভাব ক্রমেই বাড়িতে থাকে।

লক্ষণ।—ইনভার্ষণের পরিমাণানুসারে ইহার লক্ষণাবলির তারতম্য দেখিতে পাওয়া যায়। ইনভার্ষণ অতি সামান্য হইলে পীড়ার লক্ষণাবলি আদৌ প্রকাশ না পাইতে পারে, হয়ত তজ্জন্য রোগিণী কিঞ্চিৎ যাতনা অনুভব করেন, তাহার প্রকৃত কারণ নির্ণীত না হইয়াই অল্প সময়ের মধ্যেই পীড়া আপনিই সারিয়া যাইতে পারে; কিন্তু ইনভার্ষণ অধিক পরিমাণে হইলে লক্ষণাবলি স্পষ্টরূপে লক্ষিত হইয়া থাকে। এই অবস্থায় হাইপোগ্যাষ্ট্রিয়ম প্রদেশে রোগিণীর সাতিশয় যন্ত্রণা হইতে থাকে। তাহাতে তিনি মূর্চ্ছিত হইতে পারেন, স্নায়বিক "শকে" তাঁহার সর্ব্বশরীর শীতল ও ক্লিন্ন এবং নাড়ী দ্রুত ও ক্ষীণ হইয়া পড়ে। রোগিণীর প্রায়ই অল্প বা অধিক পরিমাণে বমন হইতে থাকে; এই সময় কোন কোন স্থলে বস্তিগহ্বরে তিনি "বেয়ারিং ডাউন" বা নম্বাড়ক্ক ভাবাপন্ন বেদনায় কাতর হইয়া পড়েন,—তাঁহার বোধ হয় যেন, তাঁহার অপত্যপথে কি একটা নামিয়া আসিতেছে। সেই সঙ্গে প্রায়ই শোণিতস্রাব হইয়া থাকে; সময়ে সময়ে শোণিত প্রভূত পরিমাণে নিঃসৃত হয়। জরায়ু-সঙ্কোচনের পরিমাণানুসারে শোণিতস্রাবের তারতম্য দেখিতে

পাওয়া যায়। বিপর্য্যস্ত অংশের "বেস" বা তলদেশ অত্যন্ত আকুঞ্চিত ভাবে থাকিলে, সেইস্থল দিয়া শোণিত অধিক পরিমাণে সঞ্চালিত হইতে পায় না; তাহাতে অধিক শোণিতস্রাবের সম্ভাবনাও কমিয়া যায়। কিন্তু সমস্ত জরায়ু শিথিলভাবে থাকিলে শোণিতস্রাব অত্যন্ত অধিক হইতে পারে।

উল্লিখিত লক্ষণাবলি প্রকাশ পাইলে অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা করিয়া প্রকৃত অবস্থা নির্ণয় করা আবশ্যক, ইনভার্ষণ সম্পূর্ণ হইলে জরায়ুর বিপর্য্যস্ত অংশে সমগ্র যোনিনালী পরিপূরিত হইয়া থাকে, সময়ে সময়ে উহা ভল্‌ভার বাহির পর্য্যন্ত আসিয়া পড়ে। বিপর্য্যস্ত অংশ কিয়ৎপরিমাণে গোলাকার ভাব ধারণ করে। এই বর্ত্তুলের ধারে ধারে অঙ্গুলি চালিত করিলে অবশেষে তাহা যোনি ও জরায়ুর সংযোগস্থলে গিয়া আবদ্ধ হইয়া পড়ে; আর অগ্রসর হয় না। তাহাতে প্রকৃত অবস্থা নির্ণয়ে আর কোন সন্দেহ থাকে না। "ইনভার্ষণ" আংশিক হইলে বিপর্য্যস্ত অংশ বর্ত্তুলাকারে জরায়ু-গ্রীবার বাহিরে আসিতে পারে। সেস্থলে অঙ্গুলি জরায়ুমুখের ভিতর দিয়া চালিত করিতে পারা যায়। ইনভার্ষণ অতীব অল্প পরিমাণে হইলে তাহার প্রকৃত অবস্থা জানিবার জন্য অঙ্গুলি অতি সতর্কভাবে জরায়ুর অভ্যন্তরে চালিত করা আবশ্যক।

বাহ্য পরীক্ষা দ্বারা পীড়া নির্ণয়ে অনেক সাহায্য পাওয়া যায়। ইনভার্ষণ পূর্ণভাবে হইলে হাইপোগ্যাষ্ট্রিয়ম প্রদেশে দৃঢ় সঙ্কুচিত গোলাকার জরায়ু লক্ষিত হয় না। ইনভার্ষণ সামান্য হইলে, যাহাদের এবডোমেন-প্রাচীরে অধিক বসা বা চর্ব্বি না থাকে, জরায়ুর উপর বাটির মত একটী খাত বেশ অনুভূত হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—"ইনভার্ষণ" হইলে অবিলম্বে জরায়ুর বিপর্য্যস্ত ভাব বিদূরিত করিয়া দেওয়া আবশ্যক। ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ করিলে এই কার্য্য সহজ হইয়া পড়ে;—তাহাতে প্রসূতিরও তত কষ্ট হয় না। "রিডিউস" করিবার জন্য চিকিৎসকের হস্ত এভাবে যোনি মধ্যে প্রবেশিত করিতে হয় যে, জরায়ু যেন তাঁহার করতল মধ্যে থাকে এবং অঙ্গুলিগুলির অগ্রভাগ বিপর্য্যস্ত অংশের ঊর্দ্ধভাগে গিয়া পড়ে। হস্ত এইরূপে ন্যস্ত করিয়া বিপর্য্যস্ত অংশের সর্ব্বত্র—বিশেষতঃ ইহার মূলদেশের উপর চাপ দিলে জরায়ু সহজেই প্রকৃত অবস্থা পুনঃপ্রাপ্ত হইতে পারে। জরায়ুর বিপর্য্যস্ত অংশের মূলদেশে

এইরূপ চাপ প্রদান না করিয়া কেবল ইহার সর্ব্বনিম্ন অংশে চাপ দিলে চাপ সঙ্কীর্ণ স্থলের বাহিরে গিয়া ন্যস্ত হয়, তাহাতে অনেকস্থলে অনিষ্ট হইবার সম্ভাবনা। ঊর্দ্ধস্থিত অংশ আগে উঠিলে পরবর্ত্তী অংশ সমুদায় ক্রমে ক্রমে উঠিয়া যায়। এইজন্য অঙ্গুলি সমূহের অগ্রভাগ দ্বারা বিপর্য্যস্ত অংশের মূলদেশে চাপ দেওয়া আবশ্যক। নিম্ন হইতে ঊর্দ্ধে চাপ প্রদান করিবার কালে অপর হস্ত এব্‌ডোমেনের উপর ন্যস্ত করিয়া জরায়ুকে দৃঢ়ভাবে সংস্থাপিত রাখিতে হয়। ঠিক ঊর্দ্ধভাবে চাপ প্রদান করিতে হইলে সেক্রমের প্রমণ্টরীতে তাহা আটকাইবার সম্ভাবনা, এইজন্য ঠিক ঊর্দ্ধভাবে না দিয়া একটু পার্শ্বভাবে চাপ দেওয়া আবশ্যক। চাপ উপযুক্ত গতিতে চালিত হইলে অনেক স্থলে জরায়ু সহজেই স্বাভাবিক অবস্থা পুনঃপ্রাপ্ত হয়। কিন্তু সময়ে সময়ে বিপর্য্যস্ত অংশ এরূপ সহজে পুনঃপ্রবেশিত করিতে পারা যায় না, সেরূপ স্থলে তাহার মূলদেশে অঙ্গুলি স্থাপন পূর্ব্বক এদিক ওদিক করিয়া অল্পে অল্পে তাহা ঊর্দ্ধে ঠেলিয়া তুলিয়া দিতে হয়; এইরূপে খানিকটা পুনঃপ্রবেশিত হইলে অবশিষ্ট অংশ সহজেই উঠিয়া পড়ে। প্লাসেণ্টা সংযুক্ত থাকিলে, যদি তাহা বিযুক্ত করিয়া দেওয়া যায়, তাহাতে বিপর্য্যস্ত অংশের আয়তন কমিয়া আইসে; কিন্তু তাহাতে অধিক শোণিতস্রাব হইয়া থাকে, এইজন্য এরূপ স্থলে তাহা বিযুক্ত না করিয়াই বিপর্য্যস্ত অংশের পুনঃপ্রবেশনে চেষ্টা করা যুক্তিযুক্ত; এরূপ করিলে অতিরিক্ত শোণিতস্রাবের সম্ভাবনা থাকে না। কিন্তু ইহা অসম্ভব বলিয়া বোধ হইলে প্লাসেণ্টা বিযুক্ত করিয়া "রিডিউস" করা আবশ্যক। রিডিউস করিবার পর জরায়ুগহ্বর হইতে হস্ত বহির্নিঃসারিত না করিয়া কিয়ৎকালের জন্য তন্মধ্যে তাহা রাখা ভাল, তাহা না করিলে জরায়ু তৎক্ষণাৎ আবার বিপর্য্যস্ত হইতে পারে। জরায়ু কিয়ৎ কাল প্রকৃত অবস্থায় থাকিলে আবার বিপর্য্যস্ত হইবার সম্ভাবনা কমিয়া যায়। জরায়ুর পুনঃ বিপর্য্যস্ত হইবার সম্ভাবনা কমাইবার জন্য জলের সহিত অল্প পরিমাণে টিঞ্চার ফেরিপার ক্লোরাইড তন্মধ্যে ইঞ্জেক্ট করা আবশ্যক; এই উদ্দেশে একমাত্রা আর্গটও ব্যবহৃত হইতে পারে।

ইনভার্ষণ হইবা মাত্র কোন কোন রোগিণী চিকিৎসাধীন না হইয়া অনেক দিন পরে চিকিৎসার্থ নীত হইয়া থাকেন; তখন "রিডিউস" করা দুঃসাধ্য হইয়া

পড়ে। সাধারণতঃ যে সকল উপায়ে বিপর্য্যস্ত অংশ যথাস্থানে পুনর্ণ্যস্ত হইয়া থাকে; তৎসমুদায় দ্বারা কৃতকার্য্য না হইলে জলপূর্ণ "ব্যাগ" যথানিয়মে প্রয়োগ করা আবশ্যক। জলপূর্ণ ব্যাগ কয়েক ঘণ্টা প্রযুক্ত রাখিয়া আবার অন্যান্য উপায়ে "ট্যাকসিস" প্রয়োগ করিতে হয়। এই সকল উপায়ে প্রায়ই কৃতকার্য্য হইতে পারা যায়। রিডিউস করিবার পর রোগিণীকে শায়িত অবস্থায় রাখা আবশ্যক এবং জরায়ুতে প্রদাহ থাকিলে তাহার নিয়মিত চিকিৎসা করা যুক্তিযুক্ত।

ত্রয়োবিংশ অধ্যায়।

জরায়ুর বিদারণ।

গর্ভ, অথবা প্রসবকালে জরায়ুর বিদারণ অতি সঙ্কটময় অবস্থা। বিদারণ জরায়ুর সকল স্থলেই হইতে পারে; কিন্তু সচরাচর জরায়ু-গ্রীবা ও ইহার দেহের সংযোগ-স্থলেই এই দুর্ঘটনা ঘটিতে দেখা যায়। প্রসবের অগ্রসরণে জরায়ু কুঞ্চিত হইয়া যেমন খর্ব্বায়তন হইতে থাকে, ইহার নিম্ন অংশ বিস্তারিত ও পাতলা হইয়া পড়ে; কিন্তু ইহার ঊর্দ্ধপ্রদেশ কুঞ্চনপ্রযুক্ত পুরু হইয়া আইসে। বস্তিগহ্বরের বিকৃতি, ভ্রূণমস্তকের বৃহদায়তন, অথবা অন্য কোন কারণে জরায়ুর এই পাতলা অংশে চাপ পাওয়াতে ইহা যে, সহজেই বিদীর্ণ হইবে, তাহা স্পষ্ট বুঝিতে পারা যায়। প্রসবকালে অনেকেরই— বিশেষতঃ প্রথম গর্ভিণীদিগের জরায়ু-গ্রীবার যৌন অংশ প্রায়ই সামান্যরূপ বিক্ষত হইয়া থাকে; তাহাতে কোন বিশেষ অনিষ্ট হয় না; প্রসবান্তে

ক্ষতস্থল সচরাচর কয়েক দিবসের ভিতর সারিয়া যায়। কিন্তু বিদার যোন অংশের উর্দ্ধে হইলে সাতিশয় বিপজ্জনক; তাহাতে মাতা ও গর্ভস্থ শিশু উভয়েরই জীবন অল্প বা অধিক পরিমাণে বিপন্ন হইয়া পড়ে। বিদারণ সম্পূর্ণ বা আংশিক - উভয় প্রকারই হইতে পারে,—সম্পূর্ণ হইলে জরায়ু ও পেরিটোনিয়ম উভয়ই বিদীর্ণ বা বিক্ষত হইয়া থাকে; আংশিক হইলে কেবল জরায়ু বা কেবল পেরিটোনিয়ম আহত হয়। বিদারণ সচরাচর সম্মুখ কিম্বা পশ্চাৎ প্রাচীরে হইয়া থাকে, এবং প্রায়ই ইহা উর্দ্ধাধঃ প্রাধিষ্ঠ ভাবে ঘটিতে দেখা যায়। ইহা অনুপ্রস্থ ও তির্য্যক্‌ভাবেও হইতে পারে। কোন কোন স্থলে বিদার প্রথমে সামান্য চিরের ন্যায় হইয়া থাকে, পরে তাহা বহুদূর পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইয়া একটী বিশাল বিদারণে পরিণত হইতে পারে। এরূপ হইলে ভ্রূণ অনেক সময় জরায়ুর অভ্যন্তর হইতে আংশিক বা পূর্ণভাবে এব্‌ডোমেন-গহ্বরে আসিয়া পড়ে।

কারণ।—গর্ভাবস্থায় জরায়ুতে কোন কারণে প্রাদাহিক অবস্থা উদ্ভূত, অথবা অন্য কোন কারণে জরায়ুর "ফ্যাটি ডিজেনারেষণ" বা মেদাপজনন হইয়া ইহার পৈশিক তন্তুর দুর্ব্বলতা সাধিত হইলে জরায়ু সহজে বিচ্ছিন্ন হইতে পারে। ক্যান্সার ও ফাইব্রয়েড টিউমার প্রভৃতি অস্বাস্থ্যকর অবস্থাও জরায়ুতে বিদ্যমান থাকিলে পৈশিক তন্তুর দুর্ব্বলতা এবং তৎসঙ্গে প্রসবের প্রতিরোধও সাধিত হইতে পারে। এরূপ হইলে জরায়ুর বিদার হইবার সাতিশয় সম্ভাবনা। জরায়ুর নিম্নপ্রদেশ যে স্বাভাবতঃ পাতলা ও বিস্ফারিত হইয়া পড়ে, তাহা পূর্ব্বে লিখিত হইয়াছে, এই অবস্থায় অপপ্রাগবতরণ, বস্তির বিকৃতি, ভ্রূণমস্তকের বৃহদায়তন প্রভৃতি কারণে এই স্থল অল্প পেষিত হইয়াই বিদীর্ণ হইতে পারে। একবার বিদীর্ণ হইলেই ইহা বিস্তৃত হইয়া অন্যান্য স্থলেও পরিব্যাপ্ত হইয়া পড়ে। প্রথমগর্ভিণী অপেক্ষা বহুপ্রসবিণীদিগেরই জরায়ু-বিদার অধিক হইতে দেখা যায়।

জরায়ু-সঙ্কোচনের প্রাখর্য্যে জরায়ু বিদীর্ণ হইতে পারে; আর্গটের অযথা প্রয়োগ জরায়ু-বিদারণের একটী প্রধান কারণ বলিয়া পরিগণিত হয়; জরায়ু ভ্রূণের উপর অধিক কুঞ্চিত হইয়া আসিবার পর বিবর্ত্তন ক্রিয়া সম্পাদন, অসতর্কভাবে জরায়ুর অভ্যন্তরে যন্ত্র প্রয়োগ করাতেও এই দুর্ঘটনা

ঘটিবার সম্ভাবনা। হঠাৎ পতন, অথবা অন্য কোন কারণে জরায়ুতে আঘাত লাগিয়া জরায়ুবিদীর্ণ হইতে পারে, এইরূপ কারণে গর্ভাবস্থায় জরায়ু বিদীর্ণ হইবার সম্ভাবনা।

লক্ষণ।—জরায়ু বিদীর্ণ হইলে সঙ্গে সঙ্গে এব্‌ডোমেনের নিম্ন প্রদেশে এক প্রকার উৎকট যন্ত্রণা অনুভূত হইয়া থাকে, যন্ত্রণা ক্র্যাম্পিভাবাপন্ন হইয়া পড়ে এবং রোগিণী বোধ করেন, যেন তাঁহার অভ্যন্তরীণ কোন অংশ বিচ্ছিন্ন হইয়াছে। জরায়ু বিদীর্ণ হইবা মাত্র কোন কোন স্থলে একটি শব্দ হইয়া থাকে; তাহা বেশ শুনিতে পাওয়া যায়। এই সকল লক্ষণ সচরাচর একটা বেদনাকালে অকস্মাৎ প্রকাশ পায়। যোনি হইতে শোণিত নিঃসৃত হইতে থাকে এবং বেদনা থামিয়া যায়। শোণিতস্রাব ও "শক" প্রযুক্ত দেহের সাতিশয় দৌর্ব্বল্যসূচক লক্ষণাবলি প্রকাশ পাইয়া থাকে, রোগিণীর সর্ব্বাঙ্গ শীতল, ত্বক্ ক্লিন্ন, মুখমণ্ডল বিবর্ণ এবং নাড়ী ক্ষীণ হইয়া পড়ে; শ্বাসপ্রশ্বাসের ঘনতা বৃদ্ধি পায় এবং বমন হইতে থাকে। বিদারণের ভিতর দিয়া ভ্রূণ আংশিক বা সম্পূর্ণরূপে এব্‌ডোমেনগহ্বরে প্রবেশ করিলে জরায়ুমুখ হইতে ভ্রূণ অপসৃত হইয়া যায়, তাহা অভ্যন্তরীণ পরীক্ষায় বেশ অনুভূত হইয়া থাকে। তৎকালে এব্‌ডোমেন-প্রাচীর দ্বারা স্পষ্ট প্রতীত হয় যে, ভ্রূণ জরায়ু হইতে বহির্নিঃসারিত হইয়াছে এবং জরায়ু কুঞ্চিত হইয়া খর্ব্বায়তন হইয়া পড়িয়াছে। কোন কোন স্থলে অন্ত্রের এক অংশ বিদারণের ভিতর দিয়া যোনিতে নামিয়া আইসে। বিদারণ অল্প পরিমাণে হইলে লক্ষণাবলি স্পষ্টরূপে প্রকাশ পায় না,—সাধারণিক দুর্ব্বলতা বিদ্যমান থাকে; কিন্তু তৎসঙ্গে প্রাগবতীর্ণ অংশ ঊর্দ্ধে উঠিয়া যায় না; বেদনাও সম্পূর্ণ থামিয়া না যাইতে এবং নিঃসৃত শোণিত বাহিরে না আসিতে পারে। এরূপ স্থলে প্রকৃত অবস্থা নির্ণয় করা কঠিন হইয়া পড়ে। কিন্তু একটা যে, অনর্থ-সংঘটন হইয়াছে, তাহা সহজেই বুঝা যাইতে পারে। কোন কোন স্থলে জরায়ুর বিদারণ অতি সামান্য হইয়া জরায়ু নিয়মিতরূপে সঙ্কুচিত হইতে থাকে এবং বেদনা নিয়মিতরূপে প্রকাশ পাইয়া ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত করিয়া দেয়।

জরায়ুর বিদারণ প্রসবিণীর পক্ষে অতীব সঙ্কটকর অবস্থা; নিয়মিতরূপে চিকিৎসা না হইলে এই সঙ্কট হইতে কচিৎ কোন রোগিণী আরোগ্য

শান্ত করিয়া থাকেন। "শুক," শোণিতস্রাব, ও পেরিটোনাইটিস বশতঃ অনেক স্থলে রোগিণীর মৃত্যু হইতে দেখা যায় এবং শিশু সচরাচর মৃত অবস্থায় বহির্নিঃসারিত হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—বস্তির বিকৃতি, অথবা অন্য কোন কারণে জরায়ুর বিদীর্ণ হইবার সম্ভাবনা দেখা গেলে অচিরে উপযুক্ত চিকিৎসা-প্রণালী অবলম্বন করা আবশ্যক, তাহা করিলে অনেকস্থলে ভাবী বিদারণ নিবারণ করিতে পারা যায়। জরায়ু বিদীর্ণ হইয়া পড়িলে যদি ভ্রূণ জরায়ু মধ্যে সম্পূর্ণ অবস্থিত বলিয়া বুঝা যায়, বিবর্ত্তন, ফর্সেপ্স এবং আবশ্যক বোধে ক্রেনিয়টমী দ্বারা যত শীঘ্র সম্ভব প্রসব সাধন করা আবশ্যক। যদি দেখা যায় যে, ভ্রূণের কিয়দংশ বস্তিগহ্বরে প্রবেশ করিয়াছে, তাহা হইলে অপত্যপথ দ্বারাই ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত করিবার চেষ্টা করা উচিত। মাথাটী এব্‌ডোমেন-গহ্বরে প্রবেশিত হইলেও ভ্রূণের পা ধরিয়া অপত্যপথ দিয়াই নিঃসারিত করা যাইতে পারে। কিন্তু বিদীর্ণ অংশ ভ্রূণের গলার উপর কুঞ্চিত হইয়া পড়িলে এই কার্য্য দুষ্কর হইতে পারে। ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত হইবার পর জরায়ু মধ্যে হস্ত প্রবেশিত করিয়া সাবধানে ও সতর্কভাবে পরিস্রব বিযুক্ত করা আবশ্যক। সমগ্র ভ্রূণ, অথবা তাহার অধিকাংশ বিদারণপথ দ্বারা এব্‌ডোমেন-গহ্বরে প্রবেশ করিলে গ্যাষ্ট্রটমী প্রক্রিয়া অবলম্বন পূর্ব্বক ভ্রূণ ও ফুল বহির্নিঃসারিত করা যুক্তিযুক্ত। "সিজরিয়ান সেকশনে" ছেদিত জরায়ুর বিচ্ছিন্ন অংশ যেরূপ সেলাই করিতে হয়, গ্যাষ্ট্রটমীতেও তাহা সেইরূপ করিয়া স্পঞ্জ দ্বারা অতি সাবধানে পেরিটোনিয়ম হইতে শোণিত বাহির করিয়া লইয়া এব্‌ডোমেন-প্রাচীর সেলাই করিয়া দেওয়া আবশ্যক। "সিজরিয়ান সেকশন" বর্ণনকালে এই সকল বিষয় সবিস্তারে লিখিত হইবে। জরায়ু বিদারের ভিতর দিয়া হস্তপ্রবেশন পূর্ব্বক ভ্রূণ ও ফুল নিঃসারণে প্রসবিনীর যত বিপদ হইয়া থাকে, গ্যাষ্ট্রটমী দ্বারা তত হয় না। এই সকল উপায় অবলম্বনের সহিত মাতার সাধারণ অবস্থার উপর লক্ষ্য রাখিয়া চিকিৎসা করা আবশ্যক। বিদারণের পর আন্তরিক "শক" সাতিশয় হইলে যতক্ষণ না তাহা কিয়ৎপরিমাণে বিদূরিত হয়, ততক্ষণ অস্ত্রোপচার করা উচিত নহে। পরে দেহের দৌর্ব্বল্য নিদূরণের

জন্য উত্তেজক ঔষধ প্রযুক্ত হইয়া থাকে। "শুক" বিদূরিত হইলে ভাবী পেরিটোনাইটিস ও জরায়ুর প্রদাহ প্রভৃতি অবস্থা নিবারণার্থ অহিফেন ঘটিত ঔষধ প্রয়োগ করা বিধেয় এবং তৎসঙ্গে রোগিণীকে সম্পূর্ণ বিশ্রাম লাভ করিতে দেওয়া কর্ত্তব্য।

জরায়ু-গ্রীবার যৌন অংশে বিদার।

জরায়ুগ্রীবার অনেকস্থলে সামান্য বিদার ঘটিয়া থাকে; তাহাতে বিশেষ কিছু ক্ষতি হয় না, ক্ষতস্থল অল্প দিনের মধ্যেই সারিয়া যায়, কিন্তু সময়ে সময়ে সমগ্র সার্ভিক্স বিদীর্ণ হইয়া থাকে। বিদার সচরাচর উর্দ্ধাধোভাবে হইতে দেখা যায়, কিন্তু সময়ে সময়ে তাহা অনুপ্রস্থভাবে হইয়া থাকে; কখন কখন সমস্ত গ্রীবা ব্যাপিয়া ইহার কিয়দংশ অঙ্গুরীয়-আকারে বিচ্ছিন্ন হইয়া যাইতে পারে। কিন্তু এরূপ ঘটনা অতি বিরল।

কারণ।—জরায়ুগ্রীবা দৃঢ় ও অবিস্ফার্য্য থাকিলে প্রায়ই অল্প বা অধিক পরিমাণে বিদীর্ণ হইতে দেখা যায়; বয়স্থা প্রথমপ্রসবিণীদিগের এইরূপ ঘটনা ঘটিবার অধিক সম্ভাবনা। প্রাসবিক অস্ত্রোপচারে, অথবা গ্রীবার সম্মুখ ওষ্ঠ ভ্রূণমস্তক ও পিউবিসের মধ্যে সঞ্চাপিত হইলে জরায়ু-গ্রীবার যৌন অংশ বিদীর্ণ হইতে পারে।

জরায়ুগ্রীবা বিদীর্ণ হইলে শোণিতস্রাব, সেপ্টিসিমিয়া ও পেলভিক পেরিটোনাইটিস প্রভৃতি অনর্থ ঘটিতে পারে।

চিকিৎসা।—বিদার অতি সামান্য হইলে এবং শোণিতস্রাব না হইতে থাকিলে এণ্টিসেপ্টিক ঔষধির স্থানিক প্রয়োগে পীড়া শীঘ্র সারিয়া যাইতে পারে, কিন্তু তাহা না হইয়া বিদার অধিক বিস্তৃত হইলে এবং তাহার সঙ্গে সঙ্গে শোণিত নিঃসৃত হইতে থাকিলে সঙ্কোচক ঔষধি প্রয়োগে শোণিতস্রাব অগ্রে বন্ধ করা আবশ্যক হইয়া পড়ে, এই উদ্দেশে বরফের স্থানিক প্রয়োগে বিশেষ ফলোদয়ের সম্ভাবনা; অতীব শীতল জল পিচকারী দ্বারা ক্ষতস্থলে সিঞ্চিত হইতে পারে। শোণিতস্রাব অধিক হইলে "পারক্লোরাইড অভ আইরণ সোলিউশন" স্থানিক প্রয়োগ করা আবশ্যক

হইয়া পড়ে। শোণিতস্রাব বন্ধ হইলে ক্ষতস্থল এণ্টিসেপ্টিক প্রণালীতে চিকিৎসা করা আবশ্যক। বিদারণ অতি বিস্তৃত হইলে সেলাই করিয়া দিতে হয়। জরায়ুর মুখপ্রদেশে বিয়োজনক্রিয়া অতি সহজে ও অল্প সময়ের মধ্যেই সমুদ্ভূত হইতে পারে। তাহা হইলে এই অস্বাস্থ্যকর অবস্থা জরায়ু-গহ্বরে বিস্তারিত হইয়া রোগিণীর অবস্থা বিপন্ন করিয়া তুলিবার সাতিশয় সম্ভাবনা। এইজন্য এইরূপ অবস্থা যাহাতে উদ্ভূত না হইতে পায়, তদ্বিষয়ে চিকিৎসকের বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক।

যোনি ও পেরিনিয়মের বিদার।

প্রসবকালে যোনি ও পেরিনিয়ম কখন কখন অল্প বা অধিক পরিমাণে বিচ্ছিন্ন হইয়া থাকে; তৎসম্বন্ধে এই স্থলে গুটিকতক কথা বলা যাইতে পারে। ফর্সেপ্স প্রভৃতি যন্ত্রের প্রয়োগ যোনিনালীতে এইরূপ আঘাত-প্রদানের কারণ বলিয়া অনেক স্থলে নির্দ্দিষ্ট হইয়া থাকে। যন্ত্র অযথারূপে বা অসাবধানতা সহকারে প্রয়োগ করিলে যোনিনালী বিচ্ছিন্ন হইতে পারে, কিন্তু দ্বিতীয় ক্রম বিলম্বিত হইলে চাপ প্রযুক্ত অপত্যপথ আহত হইবার অধিক সম্ভাবনা। ভ্রূণমস্তকের চাপ অনেক ক্ষণ ন্যস্ত থাকাতে প্রাদাহিক ক্রিয়া আরম্ভ হয় এবং স্থানিক শোণিত-সঞ্চালন অবরুদ্ধ হইয়া তথায় বিধ্বংস ক্রিয়া সমুদ্ভূত হইতে পারে। এরূপ স্থলে কৃত্রিম উপায়ে প্রসবকার্য্য সত্বর সম্পাদন করা আবশ্যক। যন্ত্রপ্রয়োগের পর বিধ্বংসক্রিয়া প্রকাশ পাইলে যন্ত্রপ্রয়োগের উপর দোষারোপ হইবার সম্ভাবনা। যে কোন কারণেই হউক বিদার অধিক পরিমাণে হইলে তাহা রেকটম বা মূত্রাশয় পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইতে পারে এবং সঙ্গে সঙ্গে মলমূত্র বাহির হইয়া পড়ে। যেস্থলে প্রাদাহিক ক্রিয়া সমুদ্ভূত হইয়া এইরূপ বিদার সাধিত করে, সেস্থলে বিধ্বংসক্রিয়া সমুদ্ভূত হইবা মাত্র মলমূত্রাদি যোনিনালী দিয়া নিঃসৃত হয় না; কয়েক দিবস পরে নির্গত হইয়া থাকে।

প্রথম প্রসবিণীদিগের পেরিনিয়ম প্রায়ই অল্প পরিমাণে বিচ্ছিন্ন হইয়া থাকে; কিন্তু পেরিনিয়ম দৃঢ় থাকিলে,—বিশেষতঃ দ্বিতীয় ক্রমের শেষ ভাগ সত্বর সমাপ্ত হইলে পেরিনিয়ম বিচ্ছিন্ন হইবার অধিক সম্ভাবনা। যন্ত্রের

অযথা প্রয়োগ পেরিনিয়ম-বিদারের একটী কারণ বলিয়া পরিগণিত হইয়া থাকে। বিদারণ অতি সামান্য হইতে পারে, অথবা তাহা বিস্তৃত হইয়া "স্ফিংক্টার এনাই," কিম্বা সময়ে সময়ে স্ফিংক্টার অতিক্রম করিয়া রেকটমে প্রবেশ করিতে পারে।

চিকিৎসা।—বিদার সামান্য হইলে রোগিণীর শান্তি ও শৌচাচারের প্রতি দৃষ্টি রাখিলেই অনেকস্থলে তাহা সারিয়া যায়। ক্ষত ধোয়াইবার জন্য বোরাসিক এসিড, কিম্বা পার্ম্মাঙ্গানেট অব পটাস লোশন ব্যবহৃত হইতে পারে; তাহার পর গ্লিসিরিণ অথবা ভেসেলিনের সহিত কিঞ্চিৎ বোরাসিক এসিড মিশ্রিত করিয়া লাগাইলেই ক্ষত আরোগ্য হইয়া থাকে। পেরিনিয়মের বিদার বিস্তৃত হইলে ক্ষত সেলাই করিয়া দেওয়া আবশ্যক, তাহার পর রোগিণীকে শয্যায় শায়িত রাখিয়া তাহার দুইটী হাঁটু একত্রে বাঁধিয়া উঁচু করিয়া রাখা উচিত; তাহাতে অনুস্যূত অংশ একত্র সংলগ্ন হইয়া থাকে। সেই অংশকে যথাসম্ভব এণ্টিসেপ্টিক করিবার জন্য ক্যাথিটার দ্বারা মূত্র নিঃসারণ কর্ত্তব্য। সপ্তাহকালের ভিতর সেলাই খুলিয়া লওয়া আবশ্যক; এই সময়ের ভিতর অনেকস্থলে অনুস্যূত অংশ সংযুক্ত হইয়া পড়ে।

রেক্টো-ভেজাইন্যাল অথবা ভেসিকো-ভেজাইন্যাল ফিষ্টুলা হইয়া পড়িলে তাহার উপযুক্ত শল্যচিকিৎসা করিতে হয়। পাঠক তাহা জানিতে ইচ্ছা করিলে শল্যচিকিৎসা গ্রন্থ পাঠ করিয়া দেখিবেন। বস্তিসন্ধির কোন কোন স্থলে প্রসবকালে বন্ধনী অল্প বা অধিক পরিমাণে বিচ্ছিন্ন হইয়া পড়ে; ফর্সেপ্স প্রভৃতি যন্ত্রের অসাবধান বা অযথা প্রয়োগে এইরূপ অনিষ্ট হইবার সম্ভাবনা। অন্যান্য সন্ধি অপেক্ষা সিম্ফিসিস পিউবিস সচরাচর অধিক আহত হইতে দেখা যায়। বিদার অধিক হইলে নিকটস্থ কোমল টিসুসমূহও বিচ্ছিন্ন হইয়া থাকে; কখন কখন লেসিরেশন রেক্টাম ও মূত্রাশয় পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। কিন্তু এরূপ হওয়াও অতি বিরল।

বস্তির কোন একটী সন্ধিতে "রাপচার" হইলে উপযুক্ত বন্ধনী প্রয়োগ করা আবশ্যক। এরূপ স্থলে সময়ে সময়ে রোগিণীকে দীর্ঘকাল শয্যায় শায়িত রাখা আবশ্যক হইয়া পড়ে।

চতুর্ব্বিংশ অধ্যায়।

—()—

ভল্‌ভা ও যোনির থ্রম্বস।

প্রসবকালে অথবা তাহার অব্যবহিত পরেই ভল্‌ভা ও যোনির সেলিউলার টিস্থতে শোণিত প্রস্রুত হইলে তাহাকে ভল্‌ভা ও যোনির থ্রম্বস বা হিমাটোসিল বলা যায়। এরূপ শোণিতস্রাব ধমনী অথবা শিরা হইতে হইতে পারে। প্রস্রুত শোণিত সময়ে সময়ে সেলিউলার টিস্থ দ্বারা চালিত হইয়া যোনি হইতে ইলিয়াক ফসা অথবা আরও ঊর্দ্ধে মূত্রগ্রন্থি পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইয়া থাকে। এইরূপ শোণিতস্রাবে ভল্‌ভা অথবা যোনিতে একটী উৎসেধের মত উদ্ভূত হয়। সেই টিউমারের আয়তন প্রস্রুত শোণিতের পরিমাণের উপর নির্ভর করে। কোন কোন স্থলে তাহা এত বড় হয় যে, ভ্রূণমস্তকের আয়তনের ন্যায় হইয়া পড়ে। প্রসবের পূর্ব্বে এরূপ হইলে ইহা দ্বারা প্রসবের প্রতিরোধ সাধিত হইতে পারে: অথবা ইহা মূত্রাশয়ের গ্রীবা ও রেকটমকে চাপিত করিয়া মলমূত্র-নিঃসারণে বাধা উৎপাদন করে।

কারণ।—অপত্যপথে ভ্রূণমস্তকের চাপবশতঃ এইরূপ শোণিতস্রাব হইতে পারে। প্রসবিণীর কুন্থনও এইরূপ শোণিতস্রাবের কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। ভেরিকোজ শিরা থাকিলে সহজেই শোণিতস্রাব হইবার সম্ভাবনা।

লক্ষণ।—যেস্থলে শোণিত প্রস্রুত হয়, তথায় একটী উৎসেধ উদ্ভূত হইয়া থাকে। সময়ে সময়ে এই উৎসেধ অতি অল্প সময়ের মধ্যেই সঞ্জাত হইতে দেখা যায়। অবরুদ্ধ শোণিতচাপে উপরিস্থ ত্বক বিস্ফারিত হইয়া উঠে; সেইজন্য তাহা আতত বলিয়া বোধ হয় এবং তাহার বর্ণ নীলাভ

হইয়া পড়ে। অর্ব্বুদ বিদীর্ণ হইয়া প্রভূত পরিমাণে শোণিত নিঃসৃত হইলে রোগিণীর জীবন বিপন্ন হইতে পারে। টিউমারের অভ্যন্তরস্থ শোণিত তরল থাকিলে "ফ্লাক্‌চুয়েশন" অনুভূত হয়, কিন্তু শোণিত জমাট বাঁধিলে সেইরূপ ফ্লাক্‌চুয়েশন ভাব থাকে না ;—উৎসেধ "নেচ্‌নেচে" বলিয়া বোধ হইতে থাকে।

চিকিৎসা।—থ্রম্বস প্রসবকালে হইলে সময়ে সময়ে ফর্সেপ্স সাহায্যে সত্বর প্রসব সমাপ্ত করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। অর্ব্বুদ দ্বারা প্রসবে বাধা পড়িলে অর্ব্বুদটী চিরিয়া শোণিত ক্লট বাহির করিয়া, লওয়া এবং অঙ্গুলিচাপে অথবা পারক্লোরাইড অভ আইরণ সোলিউশনের স্থানিক প্রয়োগে শোণিত-স্রাব বন্ধ করা কর্ত্তব্য। প্রসবের পর "রাপচার" হইলেও উক্ত উপায়ে শোণিতস্রাব রোধ করিতে হয়। প্রসবান্তে যদি ছোট থ্রম্বস উদ্ভূত হয়, বিশোষণ প্রক্রিয়ায় তাহা নিজে প্রশমিত হইতে পারে, কিন্তু তাহা বড় হইলে বিশোষণ-ক্রিয়ায় ভাল হইবার অতি কম সম্ভাবনা : অনেকস্থলে রাপচার হইয়া শোণিতস্রাব হইতে থাকে ; এরূপ হইলে পূর্ব্বোক্ত উপায়ে চিকিৎসা করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। যদি থ্রম্বসে পূযোৎপাদন হয়, এব্‌সেসের মুখ খুলিয়া দিয়া এণ্টিসেপ্টিক প্রণালীতে তাহার চিকিৎসা করা কর্ত্তব্য। তাহা না করিলে সেপ্টিসিমিয়া, পাইমিয়া প্রভৃতি পীড়া উদ্ভূত হইতে পারে। ক্ষতস্থল এণ্টিসেপ্টিক প্রণালীতে "ড্রেস" করা আবশ্যক।

পঞ্চবিংশ অধ্যায়।

অকালপ্রসব-সাধন।

গর্ভকালে যেস্থলে মাতা কিম্বা ভ্রূণের, অথবা উভয়েরই এরূপ অবস্থা বিদ্যমান থাকে যে, গর্ভকে পূর্ণকালে অগ্রসর হইতে দিলে সাতিশয় বিপজ্জনক হইবে বলিয়া বুঝিতে পারা যায়, তথায় ভাবী বিপদ দূরীকরণের জন্য অকাল প্রসব সাধন আবশ্যক। অকাল প্রসব সাধন করিলে শিশুর জীবিত থাকিবার সম্ভাবনা থাকে এবং মাতাকেও অনেক স্থলে বিপদ হইতে অন্তরে রাখা যায়। অকাল প্রসব পূর্ণগর্ভের যত নিকটবর্ত্তী কালে সাধিত হয়, শিশুর জীবিত থাকিবার সম্ভাবনা তত বাড়িয়া উঠে, তাহা না হইয়া অগ্রে হইলে ভ্রূণের জীবিত থাকিবার সম্ভাবনা কমিয়া যায় এবং দেরিতে হইলে মাতার বিপদাশঙ্কা বৃদ্ধি পায়। অকাল প্রসব গর্ভের অন্ততঃ সপ্তম মাসে সম্পাদন করা কর্ত্তব্য;—এই সময়ে শিশু বহির্নিঃসারিত হইলে বাঁচিয়া থাকিতে পারে; এই সময় হইতে গর্ভ যত অগ্রসর হইতে থাকে, শিশুর জীবিত থাকিবার সম্ভাবনা তত বাড়িয়া উঠে। কিন্তু ভ্রূণের প্রকৃত বয়স নির্ণয় করা সকল স্থলে সহজ নহে। যেস্থলে ঋতুনিবৃত্তির প্রকৃত কাল বিদিত থাকে, সেস্থলেও নানাপ্রকার ভুল হইবার সম্ভাবনা। এইজন্য অতি সাবধানে কার্য্য করিয়াও সময়ে সময়ে হয় প্রসব-কার্য্য অতিশয় অপূর্ণ অবস্থাতেই হইয়া পড়ে, অথবা তাহাতে এত দেরি হয় যে, প্রসবকার্য্য আরম্ভ করিয়া ক্রেনিয়টমী ব্যতীত তাহা সমাপ্ত করিতে পারা যায় না। সচরাচর গর্ভের ২৩০ম দিবস হইতে ২৫০ম দিবসের মধ্যবর্ত্তী কাল অকাল প্রসব-সাধনের উপযুক্ত কাল বলিয়া নির্ণীত হইয়া থাকে। স্থলবিশেষে ২৫০ম দিবসেরও অধিক অপেক্ষা করা

যাইতে পারে। এবিষয় বিকৃত বস্তি-বর্ণন-কালে লিখিত হইয়াছে। ২৩০ম দিবসই খুব নিম্ন সংখ্যা; ইহার পূর্ব্বে প্রসব সাধন করিলে শিশুর বাঁচিবার সম্ভাবনা খুব কম; কিন্তু সময়ে সময়ে ইহারও পূর্ব্বে অকাল প্রসব সাধন করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। কোন কোন স্থলে ভ্রূণ ভায়েবেল অবস্থায় আসিবার পূর্ব্বেই গর্ভ পরিসমাপ্ত করা আবশ্যক হইয়া থাকে।

যে সকল অবস্থায় অকাল প্রসবসাধন আবশ্যক হইয়া পড়ে, মাতা বা ভ্রূণের, অথবা উভয়েরই অবস্থানুসারে তাহা তিন ভাগে বিভক্ত হইতে পারেঃ—

১। কোন কোন স্থলে গর্ভজন্য এরূপ পীড়া সঞ্জাত হইতে পারে যে, তাহাতে মাতার জীবন সাতিশয় বিপন্ন করিয়া তুলে। এইরূপ সঙ্কটময় অবস্থা ঘটিবার পূর্ব্বে যেস্থলে অন্যান্য উপায় একে একে অবলম্বিত হইয়াও পীড়া উপশমিত হয় না, তথায় সময়ে সময়ে গর্ভ পরিসমাপ্ত করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। উৎকট প্রাতর্ব্বমন, কোরিয়া, ইক্লামজিয়া, প্রভৃতি পীড়ায় সময়ে সময়ে এইরূপ করিতে হয়। প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়ায় অনেক স্থলে অকাল প্রসব সাধন করা অনিবার্য্য হইয়া পড়ে। এসাইটিস রোগে এবং হৃৎপিণ্ড ও ফুসফুসের কতকগুলি পীড়ায় গর্ভ পূর্ণকালে অগ্রসর হইতে দিলে যেস্থলে গর্ভিণীর বিপন্ন অবস্থা সাতিশয় বর্দ্ধিত হইবার সম্ভাবনা, সেস্থলে অকালপ্রসব সাধন করা একান্ত আবশ্যক হইয়া পড়ে।

২। কোন কোন স্থলে শিশুর অবস্থানুসারে অকাল প্রসব সাধন করিতে হয়; মাতার বস্তি সম্পূর্ণ স্বাভাবিক হইয়া ভ্রূণমস্তকের আয়তন অস্বাভাবিকরূপে বর্দ্ধিত হইলে, অথবা জরায়ুমধ্যেই অসিফিকেশনের পূর্ণতা প্রযুক্ত মাথা অত্যন্ত কঠিন হইয়া পড়িলে প্রসব পূর্ণকালে প্রতিরুদ্ধ হইতে পারে। এই সকল স্থলেই পূর্ণকালের দুই তিন সপ্তাহ পূর্ব্বে প্রসব সাধন করিলে ভ্রূণ জীবিত অবস্থায় নিঃসারিত হইবার অধিক সম্ভাবনা। কোন কোন স্ত্রীলোক পূর্ণকালে প্রতিবারই মৃত সন্তান প্রসব করিয়া থাকেন; প্রায়ই এরূপ স্থলে পরিস্রব অপজনিত হইয়া ভ্রূণের শোণিত-সঞ্চালনে ব্যতিক্রম করাতে সন্তানের মৃত্যু হইয়া থাকে। এরূপ স্থলে গর্ভের শেষ কয়েক সপ্তাহে ষ্টেথিস্কোপ সাহায্যে ভ্রূণহৃদয়ের স্পন্দনধ্বনি পরীক্ষা করা আবশ্যক

এবং ইহার সামান্য বিশৃঙ্খল বা বিপর্য্যয় লক্ষিত হইলেই অকাল প্রসব সাধন করা উচিত। জরায়ুমধ্যে শিশুর মৃত্যুর বিষয় লিখিবার কালে ইহার মৃত্যুসূচক লক্ষণাবলি সবিস্তরে আলোচিত হইয়াছে।

৩। মাতৃবস্তির বিকৃতি ও টিউমার প্রযুক্ত মাতা ও ভ্রূণ উভয়েরই বিপদাশঙ্কা থাকিলে অকাল প্রসব আনয়ন করা আবশ্যক। বিকৃত বস্তির পরিসরের পরিমাণ-অনুসারে অকাল প্রসবসাধনের উপযুক্ত কাল নির্ণীত করিতে হয়। বিকৃত বস্তি বর্ণনকালে এই বিষয় লেখা হইয়াছে। অপত্য-পথের কোন অংশ সিকাট্রিক্স কিম্বা অন্য কোন অস্বাভাবিক অবস্থা প্রযুক্ত দৃঢ় ও অবিস্ফার্য্য থাকিলে অকাল প্রসব আনয়ন আবশ্যক হইয়া পড়ে।

অকাল প্রসব নানা প্রকার উপায়ে সাধন করা যাইতে পারে, তন্মধ্যে কয়েকটী নিম্নে যথাক্রমে সন্নিবেশিত হইল।

জরায়ুসঙ্কোচক ঔষধ।—যে সকল ঔষধ খাওয়াইলে জরায়ুর সঙ্কোচন সাধিত হইয়া থাকে, তন্মধ্যে আর্গটই প্রধান। এই ঔষধ খাওয়া-ইলে প্রসববেদনা উদ্ভাবিত হইয়া থাকে; কিন্তু ইহার প্রভাবে জরায়ু-সঙ্কোচন টনিক ও বিষমভাবে হওয়াতে প্ল্যাসেণ্টার শোণিত-সঞ্চালনের ব্যতিক্রম হয়, তাহাতে ভ্রূণের জীবন বিপন্ন হইয়া পড়ে। আর্গট দুই এক মাত্রা খাওয়াইলেই বেদনা আসিতে পারে; কিন্তু কোন কোন স্থলে অনেক-বার না খাওয়াইলে ইহার কার্য্য সম্যক্‌রূপে প্রকাশ পায় না। ঔষধি মাতার শোণিতে অধিক পরিমাণে সঞ্চালিত হইলে ইহা দ্বারা ভ্রূণ বিষীকৃত হইতে পারে; তাহাতেও ভ্রূণের জীবন বিপন্ন করিয়া তুলে। এতদ্ব্যতীত কোন কারণে প্রসব অবরুদ্ধ হইবার সম্ভাবনা দেখা গেলে আর্গট প্রয়োগ করা উচিত নহে। এই সকল কারণে আর্গটপ্রয়োগে অকাল প্রসব সাধন করিবার প্রথা আজিকালি প্রচলিত নাই। তবে স্থলবিশেষে অন্যান্য উপা-য়ের সহিত ইহাও প্রযুক্ত হইতে পারে।

লাইকার এম্‌নিয়াই বহির্নিঃসারণ।—লাইকার এমনিয়ম বহির্নিঃসারিত করিলে প্রসববেদনা উদ্ভাবিত হইয়া থাকে। এমনিয়ম জল বহির্নিঃসারিত হইবার অল্প সময় পরেই বেদনা আসিতে পারে, কোন কোন স্থলে তাহা বিলম্বে আইসে। একটী ক্যাথিটার, অথবা কুইল জরায়ুগহ্বরে

প্রবেশিত করিয়া এম্‌নিয়ম-থালী বিদীর্ণ করা যাইতে পাবে। গর্ভের তরুণ অবস্থায় গর্ভপাত সাধন করিতে হইলে একটী ইউটবাইন সাউণ্ড জরায়ু-গহ্বরে প্রবেশিত করিয়া দুই একবার ঘুরাইয়া দিলেই যথেষ্ট ফল লাভ হইয়া থাকে।

এম্‌নিয়ম জল নিঃশেষে বহির্নিঃসৃত হইলে জরায়ু অধিক পরিমাণে কুঞ্চিত হইয়া পড়ে ;—ইহার গহ্বরের প্রসর কমিয়া যায়, তাহাতে জরায়ু-প্রাচীর ভ্রূণ-দেহের উপর চাপিয়া আইসে। এইরূপ হওয়াতে ভ্রূণের অবস্থা বিপন্ন হইয়া পড়ে। এতদ্ব্যতীত, এম্‌নিয়ম থালী বিদীর্ণ হওয়াতে প্রসবের প্রথম ক্রম বিলম্বিত হইবার সম্ভাবনা এবং "ম্যালপ্রেজেণ্টেশন" বা অপপ্রাগবর্তন বশতঃ বিবর্তন করিতে হইলে তাহাও দুঃসাধ্য হইতে পারে। এই সকল অসুবিধা বিদূরণ করিবার জন্য কেহ কেহ সমস্ত লাইকার এমনিয়াই নিঃসারিত না করিয়া এই কার্য্য সম্পাদনের চেষ্টা করিয়াছেন। জরায়-মুখের কিঞ্চিদূর্দ্ধে এম্‌নিয়ম-থালী বিদীর্ণ করিলে এম্‌নিয়ম-জল নিঃশেষে নির্গত না হইবারই সম্ভাবনা। এই উদ্দেশে ডাক্তার মিসনার এক প্রকার বক্র ক্যানুলা ও ট্রোকার প্রস্তুত করিয়াছেন ; তদ্দ্বারা এম্‌নিয়ম-থালী অস্যেয় দুই তিন ইঞ্চ ঊর্দ্ধে বক্রভাবে বিদারিত হইতে পারে। কিন্তু তাহাতে জরায়ু-প্রাচীরে আঘাত লাগিবার সাতিশয় সম্ভাবনা। তজ্জন্য এইরূপ অস্ত্র ব্যবহার যুক্তিযুক্ত বলিয়া বোধ হয় না। লাইকার এমনিয়ম বহির্নিঃসারিত করা সকল স্থলেই সুবিধা-জনক নহে, অন্যান্য উপায়ে কৃতকার্য্য না হইলে এই উপায় অবলম্বন করা আবশ্যক হইয়া থাকে।

কৃত্রিম উপায়ে জরায়ু-মুখ বিস্ফারণ।—টেণ্ট, বার্ণসের ব্যাগ প্রভৃতি উপায় দ্বারা জরায়ুগ্রীবা বিস্ফারিত করিলেও অকাল প্রসব সাধিত হইতে পারে। কিন্তু এই সকল উপায়ে বেদনা আনয়ন করিতে হইলে অনেক স্থলে বিলম্ব হইয়া পড়ে,—সময়ে সময়ে গর্ভিণীরও সাতিশয় কষ্ট হইয়া থাকে। তবে অন্যান্য উপায়ের সহিত এই সকল উপায় অবলম্বন করিলে স্থলবিশেষে বিশেষ সুবিধা হয়। কৃত্রিম উপায়ে জরায়ু-মুখ বিস্ফারিত করিতে হইলে নিম্নলিখিত প্রক্রিয়ায় ইহা সুচারুরূপে সাধিত হইতে পারে :—প্রথমে টেণ্ট দ্বারা জরায়ু-মুখ কিয়ৎপরিমাণে বিস্ফারিত করিয়া লওয়া আবশ্যক ; তাহার পর বার্ণসের ব্যাগ দ্বারা প্রক্রিয়াটী সমাপিত করিতে হয়। বার্ণসের ব্যাগগুলি

দেখিতে অনেকটা বেহালার মত; ইহাদের মধ্যস্থল সঙ্কীর্ণ উভয় প্রান্ত স্থূল ও চেপ্‌টা। ইহাদের একদিকে একটী ছোট "সকেট" বা রন্ধ্র আছে; তন্মধ্যে একটী সাউণ্ড বসাইয়া তদ্দারা ব্যাগটী জরায়ু-গ্রীবার অভ্যন্তরে সহজে প্রবেশিত করা যাইতে পারে। জরায়ু-গ্রীবার ভিতর প্রবেশিত ও যথাস্থানে নিবেশিত হইলে সিরিঞ্জ দ্বারা তাহা বিস্ফারিত করিয়া তুলিতে হয়। প্রথমে ক্ষুদ্রায়তন ব্যাগ প্রবেশিত করা আবশ্যক এবং তদ্দারা কার্য্য সিদ্ধ না হইলে তৎপরিবর্ত্তে বৃহত্তর ব্যাগ প্রয়োগ করা কর্ত্তব্য।

"মেম্ব্রেণ" বা ঝিল্লীসমূহের পৃথক্‌করণ।—জরায়ুর মুখপ্রদেশ হইতে অঙ্গুলি অথবা ফিমেল ক্যাথিটার দ্বারা ডেসিডুয়া বিযুক্ত করিয়া দিলে জরায়ুর সঙ্কোচন সাধিত হয়। জরায়ু-গ্রীবা কিয়ৎপরিমাণে বিস্ফারিত না হইলে এই প্রক্রিয়ার অবলম্বন করিতে পারা যায় না। যেস্থলে টেণ্ট অথবা বার্ণসের ব্যাগ দ্বারা জরায়ু-মুখ বিস্ফারিত থাকে, তথায় এই উপায়ের সাহায্যে প্রসব শীঘ্র সাধিত হইতে পারে। কিন্তু ইহা চিকিৎসক ও প্রসবিনী উভয়েরই পক্ষে কষ্টকর এবং এই প্রক্রিয়া অবলম্বনের ঠিক কতক্ষণ পরে যে জরায়ু-সঙ্কোচন সাধিত হইবে, তাহার কিছুই স্থিরতা নাই। এই সকল কারণে ইহা কচিৎ অবলম্বিত হইয়া থাকে।

স্নায়বিক প্রত্যাবর্ত্তক ক্রিয়া।—স্নায়বিক প্রত্যাবর্ত্তক ক্রিয়া দ্বারা প্রসব সাধনার্থ দেহের বহিঃপ্রদেশের উত্তেজনা সাধন করা যাইতে পারে। স্তনের সহিত জরায়ুর স্নায়বিক সম্বন্ধ অধিক, এইজন্য স্তনে উত্তেজনা প্রয়োগ করিলে জরায়ুর সঙ্কোচন সাধন করিতে পারা যায়। এই উদ্দেশে স্তনের উপর "ক্যাপিঙ্ গ্লাস" প্রয়োগ করা যাইতে পারে। জরায়ুর উপর "ফ্রিক্‌শন" বা করাবর্ত্তন, দৃঢ় পটবন্ধনী স্থাপন, সরল অন্ত্রে উত্তেজক এনিমা প্রবেশন ইত্যাদি উপায়েও প্রসব বেদনা উদ্ভাবিত হইতে পারে। এই সকল উপায়ে কৃতকার্য্য হইতে পারিলে ভ্রূণের কোন বিপদ হয় না; কিন্তু এই সকল উপায় প্রায়ই নিষ্ফল হইয়া থাকে। এইজন্য প্রসব সাধনার্থ কেবল এই সকল উপায়ের উপর নির্ভর করা যাইতে পারে না;—অন্যান্য উপায়ের সহযোগে এই গুলিকে ব্যবহার করিতে হয়।

যোনি ও জরায়ু-মধ্যে জলসিঞ্চন।—জরায়ু-মুখের উপর শীতল,

অথবা গরম জল কিয়ৎক্ষণ ধরিয়া দিবসে তিন চারি বার সিঞ্চন করিলেও জরায়ুর সঙ্কোচন আরম্ভ হইতে পারে ; কিন্তু সম্ভবতঃ জরায়ুর মুখপ্রদেশ হইতে মেম্ব্রেণ এই উপায়ে কিয়ৎপরিমাণে বিযুক্ত না হইলে বেদনা আইসে না। অনেক স্থলে তিন চারি দিন জলসিঞ্চনের পর জরায়ু-সঙ্কোচন সাধিত হইতে দেখা যায়, এইজন্য প্রসব-সম্পাদন সত্বর আবশ্যক হইলে এই উপায় অবলম্বন করা উচিত নহে।

জরায়ু ও এম্নিয়ম-থালির মধ্যস্থল দিয়া গাম ইলাষ্টিক ক্যাথিটার ঊর্দ্ধভাবে কিয়দ্দূর প্রবেশিত করিয়া জরায়ু-গহ্বরে জল চালিত করিলে প্রসববেদনা শীঘ্র উদ্ভাবিত হইতে পারে। জল ঊর্দ্ধে ফণ্ডাসের নিকট চালিত হইলে বেদনা অতি শীঘ্রই আসিবার সম্ভাবনা। কেহ কেহ "কোল টার" জল অথবা ক্রিয়োজোট জল অনুপ্রবেশিত করিতে অনুমোদন করেন। এইরূপ ইঞ্জেক্‌শনে জরায়ুর সঙ্কোচন শীঘ্র সাধিত হইতে পারে, কিন্তু এরূপ বর্ণনা দেখিতে পাওয়া যায় যে, জরায়ু সহসা বিস্ফারিত হওয়াতে "শক" প্রযুক্ত রোগীর মৃত্যু হইয়াছে ; শোণিত সঞ্চালনে বায়ু প্রবেশিত হইয়া অনেক স্থলে গর্ভিণীর মৃত্যু আনয়ন করে। এই সকল কারণে জরায়ুর অভ্যন্তরে ইঞ্জেকশন করা যুক্তিযুক্ত নহে। ডাক্তার বার্ণ্‌স বলেন, যোনিমধ্যে জল সিঞ্চনও কম বিপজ্জনক নহে।

সিমসনের প্রক্রিয়া।—জরায়ু-প্রাচীর ও মেম্ব্রেণ মধ্যে খুব ঊর্দ্ধভাবে একটি "বুজি" অথবা গাম ইলাষ্টিক-ক্যাথিটার চালিত করিয়া কয়েক ঘণ্টা রাখিলে সহজে প্রসববেদনা আনয়ন করিতে পারা যায়। ডাক্তার সিমসন প্রথমে এই প্রক্রিয়া প্রচলিত করেন। এইজন্য ইহা সিমসনের প্রক্রিয়া নামে বর্ণিত হইয়া থাকে। জরায়ুর যত ঊর্দ্ধে বুজি অথবা ক্যাথিটার চালিত হয়, বেদনা তত শীঘ্র সমুদ্ভূত হইবার সম্ভাবনা। এইরূপ বুজি বা ক্যাথিটার প্রবেশনে এম্নিয়ম-থালী বিদীর্ণ হইতে পারে ; থালী ঊর্দ্ধে বিদারিত হওয়াতে লাইকার এমনিয়াই একেবারে অধিক পরিমাণে বহির্গত হইতে পায় না ;—অল্পে অল্পে নিঃসৃত হইতে থাকে। জলমুচি এইরূপ বিচ্ছিন্ন হইলেও জরায়ু-মুখ বিস্ফারণের ব্যাঘাত জন্মে না। জরায়ু-প্রাচীরে প্ল্যাসেণ্টার সংযোগস্থলে ক্যাথিটার চালিত হইলে পরিস্রব কিয়ৎপরিমাণে বিযুক্ত হইতে পারে, তাহাতে শোণিতস্রাব হইবার সম্ভাবনা। কিন্তু ডাক্তার প্লেফেয়ার বলেন, এই কারণে এইরূপ

শোণিতস্রাব হইতে দেখা যায় না তবে অস্কাল্‌টেশন দ্বারা প্ল্যাসেণ্টার স্থিতি-স্থল বুঝিয়া লইয়া ক্যাথিটার সেই দিকে চালিত না করাই ভাল। এই উপায়ের সহিত অন্যান্য উপায়ও অবলম্বিত হইতে পারে। ক্যাথিটার প্রবেশিত করিয়া জরায়ু-মুখ বিস্ফারণের জন্য টেণ্ট প্রয়োগ করা যাইতে পারে। এই সকল উপায়ে অল্প সময়ের মধ্যেই বেদনা সম্যক্‌রূপে না আসিলে জরায়ুর উপর "ফ্রিক্‌শন" পটোন্ধনী স্থাপন, রেক্‌টমে এনিমা প্রয়োগ প্রভৃতি উপায় অবলম্বন করা আবশ্যক।

ষড়্বিংশ অধ্যায়।

"ভার্ষণ" বা বিবর্ত্তন।

প্রসব সম্পাদন করিবার নিমিত্ত ভ্রূণের আসন পরিবর্ত্তিতকরণ এবং তাহার প্রাগবতীর্ণ অংশের পরিবর্ত্তে তাহার দেহের দীর্ঘ অক্ষের কোন প্রান্ত অথবা দীর্ঘ অক্ষের প্রাগবতীর্ণ প্রান্তের পরিবর্ত্তে অন্য প্রান্তকে অপত্যপথে সংস্থাপন করাকে "ভার্ষণ" বা বিবর্ত্তন বলা যায়। এই প্রক্রিয়ায় পার্শ্ব প্রাগবতরণে ভ্রূণের "ব্রিচ" অথবা মাথা প্রসব-পথে আনীত হইয়াথাকে; প্লেসেণ্টা প্রিভিয়া প্রভৃতি সঙ্কটময় অবস্থায় ভ্রূণের মাথার পরিবর্ত্তে "ব্রিচ" প্রসবপথে আনিতে পারা যায়। ইংরাজী চলিত ভাষায় ভার্ষণকে "টর্ণিং" বা ঘুরাইয়া দেওয়া কহে।

বিবর্ত্তন ক্রিয়া দ্বারা প্রাগবতীর্ণ অংশের পরিবর্ত্তে মাথা নামাইয়া জরায়ু-মুখে স্থাপন করাকে "সিফেলিক ভার্ষণ" বা শিরোবিবর্ত্তন এবং ব্রিচ নামাইয়া আনাকে পোডালিক ভার্ষণ বা পদবিবর্ত্তন কহে। ভ্রূণের পার্শ্ব-প্রাগবতরণ

অধ্যায়ে স্বতোনির্গমন বর্ণনকালে স্পন্টেনিয়স ভার্ষণের বিষয় বর্ণিত হইয়াছে। তথায় বলা গিয়াছে যে, কথন কখন একমাত্র প্রকৃতির উদ্যমেই শিশুর মাথা অথবা ব্রিচ বিবর্ত্তিত হইয়া প্রসব-পথে সংস্থিত হইতে পারে। কৃত্রিম বিবর্ত্তনে প্রাকৃতিক বিবর্ত্তনের অনুকরণ করা হইয়া থাকে।

বিবর্ত্তন ক্রিয়া অতি প্রাচীনকাল হইতে সভ্য জগতে প্রচলিত আছে। পুরাকালে ভারতীয় ও পাশ্চাত্য ধাত্রীবিদ্যাবিৎ চিকিৎসকদিগের মধ্যে শিরো-বিবর্ত্তন ক্রিয়ার আদর ছিল। অস্মদ্দেশের মহর্ষি সুশ্রুত মূঢ়গর্ভ চিকিৎসা সম্বন্ধে যে সকল উপায় প্রকটিত করিয়াছেন, তন্মধ্যে শিরোবিবর্ত্তনের উল্লেখ দেখিতে পাওয়া যায়। খৃষ্টশাকের পঞ্চদশ শতাব্দীতে এম্ব্রোসি পেরী ও তদীয় শিষ্য গিলিমো পদবিবর্ত্তনের শ্রেষ্ঠতা সপ্রমাণ করিতে সচেষ্ট হয়েন। তদবধি চিকিৎসাক্ষেত্রে এই প্রক্রিয়ার প্রাধান্য একপ্রকার অব্যাহত থাকে, পরে ফর্সেপ্স প্রয়োগ প্রচলিত হইলে উক্ত প্রক্রিয়ার ব্যবহার কমিয়া আইসে, কিন্তু অধুনা আবার বিবর্ত্তন প্রক্রিয়া যথোচিত স্থলে প্রয়োজিত হইতেছে। এক্ষণে কৃত্রিম উপায়ে প্রসব সম্পাদন করিতে হইলে বিবর্ত্তন একটী প্রধান সাধন মধ্যে পরিগণিত হইয়া থাকে।

"এক্সিডেন্ট্যাল" শোণিতস্রাব, "প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়া", নাভিরজ্জুর "প্রোল্যাপ্স" হইলে, অথবা বস্তি বিকৃত থাকিলে, বিবর্ত্তনক্রিয়া দ্বারা মাতা, অথবা ভ্রূণ, কিম্বা উভয়েরই বিপন্ন অবস্থা বিদূরিত হইতে পারে। এই সকল বিপন্ন অবস্থার বর্ণনকালে কিরূপ স্থলে বিবর্ত্তন ক্রিয়া প্রযোজ্য, তাহা লিখিত হইয়াছে। ট্রান্সভার্স প্রেজেন্টেশনে" প্রসব-কার্য্য সম্পাদনের জন্য কেবল মাত্র স্বভাবের উদ্যমের উপর নির্ভর করিলে মাতা ও ভ্রূণ উভয়েই সাতিশয় বিপদাপন্ন হয়। এইজন্য ভ্রূণের এই অস্বাভাবিক সংস্থানে মাথা অথবা ব্রিচ ঘুরাইয়া প্রসবপথে আনিতে হয়। পূর্ব্বে * বর্ণিত হইয়াছে যে, বস্তির সম্মুখ-পশ্চাৎ প্রসব অন্ততঃ ২¾ ইঞ্চ থাকিলে পূর্ণ ভ্রূণ পদবিবর্ত্তনে সজীব অবস্থায় বহির্নিঃসারিত হইতে পারে। কিন্তু অনেকে বিবেচনা করেন, ২¾ ইঞ্চ অত্যন্ত নিম্ন সীমা; বস্তির প্রসব অন্ততঃ ৩ ইঞ্চ না থাকিলে ভ্রূণ এইরূপে সজীব অবস্থায় বহির্নিঃসারিত হইতে পারে না। ডাক্তার বার্ণস ৩¼ ইঞ্চকে সর্ব্বনিম্ন

* বিকৃত বস্তি ২০৮ পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য।

সীমারূপে নির্দ্ধারণ করিয়াছেন ; কিন্তু ইহা বেশী বলিয়া বোধ হয় ; সম্ভবতঃ ৩ইঞ্চই সর্ব্বাপেক্ষা নিম্ন/সীমা। সম্মুখপশ্চাৎ প্রসরের সহিত পার্শ্বপ্রসরও সম্যক্‌রূপে থাকা আবশ্যক।

ভ্রূণ এমনিয়ম জলে ভাসমান থাকিলে ইহাকে সহজে আবশ্যকমত ঘুরাইতে পারা যায়, এইজন্য এমনিয়ম জল সম্পূর্ণ থাকিতে থাকিতে, অথবা জলমুচি ভাঙ্গিয়া এমনিয়ম জল অধিক পরিমাণে বাহির হইবার পূর্ব্বে বিবর্ত্তন ক্রিয়া সম্পাদিত করা আবশ্যক। এমনিয়ম জল বহির্নিঃসৃত হইলে জরায়ু ভ্রূণের উপর দৃঢ়ভাবে সঙ্কুচিত হইয়া আইসে, এরূপ অবস্থায় শিশুকে বিবর্ত্তিত করিতে গেলে জরায়ুর বিদারণ প্রভৃতি সঙ্কটময় অবস্থা উদ্ভাবিত হইতে পারে। কিন্তু বিবর্ত্তন-প্রক্রিয়া উপযুক্ত সময়ে অবলম্বিত হইলে এই প্রক্রিয়া তত বিপজ্জনক নহে। এমনিয়ম জল বহির্নিঃসৃত হইয়া ভ্রূণ প্রসবপথে নামিয়া আসিলে এবং জরায়ু ইহার দেহের উপর কুঞ্চিত থাকিলে বিবর্ত্তন ক্রিয়া মাতা ও ভ্রূণ উভয়েরই পক্ষে সাতিশয় বিপজ্জনক হইয়া পড়ে। বিবর্ত্তন ক্রিয়া সুকৌশলে সম্পাদিত না হইলেও বিপদের কারণ হইয়া উঠে। সাধারণতঃ ১৬টী বিবর্ত্তন ক্রিয়ায় ১টী মাতার এবং ৩টীতে ১টী শিশুর মৃত্যু হইয়া থাকে। কিন্তু এই প্রক্রিয়া যথাকালে ও সুচারুরূপে সম্পাদিত হইলে মৃত্যুর সংখ্যা অধিক কমিয়া যাইবার সম্ভাবনা।

বিবর্ত্তন ক্রিয়া তিন প্রকারে সম্পাদিত হইয়া থাকে :—

প্রথম।—বাহ্য বিবর্ত্তন, অথবা বাহ্য করকৌশল। ইংরাজীতে ইহাকে এক্‌ষ্টার্ণাল ভার্ষণ বলা যায়। ইহাতে এবডোমেন প্রাচীরের কেবল বহির্দ্দেশে উভয় হস্তের কৌশল দ্বারা শিশুর আসন পরিবর্ত্তিত হইয়া থাকে।

দ্বিতীয়।—অভ্যন্তরীণ বিবর্ত্তন বা অন্তঃ করকৌশল। ইহাতে জরায়ুগহ্বরে হস্ত প্রবেশিত করিয়া বিবর্ত্তন-ক্রিয়া সাধন করিতে হয়। এই প্রক্রিয়া ইংরাজিতে ইণ্টার্ণাল ভার্ষণ নামে বর্ণিত হইয়া থাকে।

তৃতীয়।—"বাইপোলার" বা সমবেত কৌশল। ইহাতে এক হস্ত এবডোমেনের উপর সংস্থাপিত এবং অপর হস্তের দুইটী বা তদধিক অঙ্গুলি জরায়ু মধ্যে প্রবেশিত করিয়া ভ্রূণকে সঞ্চালন পূর্ব্বক বিবর্ত্তন ক্রিয়া সম্পাদন করিতে হয়।

"একষ্টার্ণ্যাল ভার্ষণ" বা বাহ্য বিবর্ত্তন।

ভ্রূণ জরায়ু মধ্যে সুসঞ্চাল্য অবস্থায় থাকিলে, বাহ্য বিবর্ত্তন ক্রিয়া অবলম্বিত হইতে পারে। এইজন্য প্রসব আরম্ভ হইবার পূর্ব্বে, অথবা ইহার আরম্ভ হইয়া জলমুচি ভাঙ্গিবার প্রাক্কালে বা জলমুচি ভাঙ্গিয়া এমনিয়ম্ জল অধিক পরিমাণে নিঃসৃত হইবার পূর্ব্বে এই প্রক্রিয়া অবলম্বন করা বিধেয়। কেহ কেহ বিবেচনা করেন, জলমুচি ভাঙ্গিলে এই প্রক্রিয়া অবলম্বন না করাই ভাল; সেরূপ স্থলে বাহ্য ও অভ্যন্তরীণ প্রক্রিয়ায় অর্থাৎ সমবেত কৌশলে বিবর্ত্তন ক্রিয়া সম্পাদন করা অধিক সুবিধাজনক।

শিশু অনুপ্রস্থভাবে থাকিলে যদি বেদনা আরম্ভ হইবার পূর্ব্বে, অথবা স্বল্পকাল পরেই তাহা জানিতে পারা যায়, বাহ্য বিবর্ত্তন দ্বারা ভ্রূণের অস্বাভাবিক সংস্থান সহজে সংশোধন করিয়া দেওয়া যাইতে পারে। ভ্রূণের অন্যরূপ সংস্থানে বাহ্য বিবর্ত্তন ক্রিয়া দ্বারা ভ্রূণকে ঘুরাইয়া আনা তত সহজ নহে; এইজন্য কেবল "ট্রান্সভার্ষ প্রেজেণ্টেশনে" যতক্ষণ ভ্রূণ জরায়ু-গহ্বরে সুসঞ্চাল্য অবস্থায় থাকে, বাহ্য বিবর্ত্তন প্রক্রিয়া অবলম্বন করা আবশ্যক।

বাহ্য করকৌশল দ্বারা ভ্রূণকে বিবর্ত্তিত করিতে হইলে, অগ্রে ইহার মস্তক ও ব্রিচের স্থিতিস্থান নির্ণয় করা আবশ্যক। এই প্রক্রিয়াকালে মাতাকে উত্তানভাবে শায়িত রাখিয়া জরায়ুর উপর এক হস্ত স্থাপন পূর্ব্বক ভ্রূণমস্তক বস্তিগহ্বরে ক্রমে ক্রমে ঠেলিয়া নামাইয়া দেওয়া এবং অপর হস্ত দ্বারা শিশুর "ব্রিচকে" বিপরীত দিকে চালিত করা আবশ্যক। সময়ে সময়ে এই প্রক্রিয়া অতি সহজেই সাধিত হইয়া থাকে। বিবর্ত্তনের পর ছাড়িয়া দিলে ভ্রূণমস্তক পূর্ব্বস্থানে সহজেই আবার নিবিষ্ট হইতে পারে, এইজন্য জরায়ু-সঙ্কোচনে ভ্রূণ-মস্তক যতক্ষণ না প্রসবপথে আবদ্ধ হয়, ততক্ষণ ইহাকে উপযুক্ত প্যাড ও বন্ধনী দ্বারা নিম্নে রাখিবার চেষ্টা করা আবশ্যক। এইরূপ বাহ্য করকৌশলে ভ্রূণ বিবর্ত্তিত করিয়া প্রসব-সমাপ্তির নিমিত্ত কেবল স্বাভাবিক উদ্যমের উপর নির্ভর করিতে হয়; কিন্তু তাহাতে প্রায়ই অধিক সময় লাগিয়া থাকে, এইজন্য প্রসব কার্য্য সত্বর সম্পাদিত করিতে হইলে এই প্রক্রিয়া অবলম্বন করিতে পারা যায় না;—অন্যান্য প্রক্রিয়ায় প্রসবকার্য্য সম্পাদন করিতে হয়।

"ইণ্টার্ণ্যাল ভার্ষণ" বা অন্তর্বিবর্ত্তন।

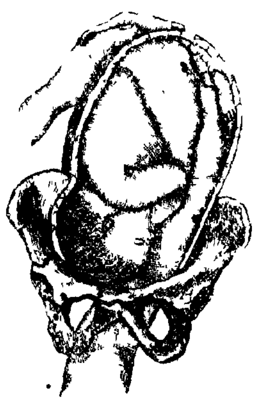
এই প্রক্রিয়া দ্বারা জ্রণের মস্তক, অথবা "ব্রিচ্" ঘুরাইয়া প্রসবপথে আনা যাইতে পারে। কিন্তু জরায়ু-গহ্বরে জ্রণমস্তক সহজে করায়ত্ত হয় না এবং বিবর্ত্তন-ক্রিয়া সাধিত হইলে ইহাকে যথাস্থানে সংরক্ষা করিতে পারা যায় না, এইজন্য অন্তর্বিবর্ত্তন দ্বারা মস্তকাবতরণী শিরোবিবর্ত্তন আজিকালি প্রচলিত নাই। পদবিবর্ত্তনে এই সকল বাধা থাকে না, জ্রণের পা কিম্বা হাঁটু ধরিয়া ঘুরাইয়া আনিতে পারা যায় এবং একবার প্রসবপথে আনীত হইলে সহজে নিবদ্ধ রাখা যাইতে পারে। লাইকার এমনিয়ম বাহির্নিঃসৃত হইবার পূর্ব্বে জ্রণ সুসঞ্চাল্য অবস্থায় থাকাতে ইহাকে সহজে জরায়ু মধ্যে ঘুরাইতে পারা যায়। এমনিয়ম নিঃসারিত হইলে জরায়ু জ্রণের উপর দৃঢ়ভাবে সঙ্কুচিত হইয়া আইসে, তখন করকৌশলে প্রসব সম্পাদন কঠিন হইয়া পড়ে, এই জন্য জলমুচি ভাঙ্গিবার পর যত কালবিলম্ব হয়, এই প্রক্রিয়া সাধনের পক্ষে বিপদ্ তত বাড়িতে থাকে।

অন্তর্বিবর্ত্তনে ক্লোরফর্ম্ম প্রয়োগ করা বিশেষ আবশ্যক। এমনিয়ম জলের বহির্নিঃসরণে জরায়ু জ্রণের উপর দৃঢ়ভাবে সঙ্কুচিত হইয়া আসিলে এবং প্রাগবতীর্ণ অংশ বস্তিমধ্যে আসিয়া আবদ্ধ হইয়া পড়িলেও ক্লোরফর্ম্ম প্রয়োগে বিবর্ত্তন-ক্রিয়া সময়ে সময়ে সহজে সম্পাদিত করিতে পারা যায়। যে স্থলে বিবর্ত্তন-ক্রিয়া সহজসাধ্য বলিয়া বোধ হয়, সে স্থলেও ক্লোরফর্ম্মের সাহায্য লওয়া আবশ্যক; ইহার প্রভাবে রোগিণী স্থিরভাবে থাকাতে চিকিৎসক ধীরে ধীরে সমস্ত কার্য্য সুচারুরূপে সম্পাদন করিতে পারেন।

ক্লোরফর্ম্ম প্রয়োগে রোগিণী সংজ্ঞাশূন্য এবং জরায়ুর সঙ্কোচন প্রশমিত হইলে কর ও অঙ্গুলির পৃষ্ঠদেশ তৈলাক্ত করিয়া অপত্যপথে অতি ধীরে ও সতর্কভাবে হস্ত প্রবেশিত করা আবশ্যক। হস্ত প্রবেশনকালে অঙ্গুলি কয়েকটীর শিরোদেশ একটী কোণের ন্যায় একত্রিত করিয়া অপত্যপথের অক্ষরেখায় চালিত করিতে হয়। বিবর্ত্তন ক্রিয়ার জন্য চিকিৎসকের বাম হস্তই সচরাচর ব্যবহৃত হইয়া থাকে। এই হস্তের পশ্চাদ্দেশ সেক্রমের কার্ভের উপর দিয়া চালিত হইবা বস্তিগহ্বরে সহজে প্রবেশিত হয়, এবং জ্রণের এব-

ডোমেন সচরাচর পশ্চাদ্ভাগে ন্যস্ত থাকাতে চিকিৎসকের করতল তদুপরি যাইয়া পড়ে। ভ্রূণের এবডোমেন সম্মুখভাবে থাকিলে চিকিৎসকের দক্ষিণ হস্ত প্রবেশিত করা সুবিধাজনক। এক একটী বেদনার অন্তরকালে জরায়ুর অভ্যন্তরে কর-কৌশল সম্পাদন করা উচিত। জরায়ুর অভ্যন্তরে হস্ত প্রবেশিত হইলে যে সময়ে বেদনা আইসে, শিশুর দেহের উপর হস্ত প্রসারিত ভাবে রক্ষা করা আবশ্যক এবং যতক্ষণ না বেদনা অপগত হয়, ততক্ষণ সেই ভাবে রাখা উচিত। তাহা না করিলে বেদনা-কালে হস্ত দ্বারা জরায়ু-প্রাচীরে আঘাত লাগিবার এবং জরায়ু-সঙ্কোচনে হস্তের উপর অসহ্য যন্ত্রণা হইবার সম্ভাবনা। এমনিয়ম থলী অক্ষুণ্ণ থাকিলে জরায়ু গহ্বরে হস্ত

২৫শ চিত্র।



শিরঃ-আগবত্তরণে পদবিবর্ত্তন।

প্রবেশিত হইবার পর তাহা বিচ্ছিন্ন করিয়া দেওয়া আবশ্যক,—বেদনার বিরামকালেই এমনিয়ম-থলী ছিঁড়িয়া দেওয়া উচিত। বেদনার বিরামকালে ছিঁড়িলে এমনিয়মজল সহসা অধিক পরিমাণে নিঃসৃত হইতে পায় না। কোন কোন চিকিৎসক জরায়ু-প্রাচীর ও মেম্ব্রেণের মধ্যভাগ দিয়া হস্ত অনেক ঊর্দ্ধে চালিত করিয়া জলমুটি ভাঙ্গিয়া দেওয়া অনুমোদন করেন, কিন্তু ইহা অনাবশ্যক;—

অনেক স্থলে পা ও হাঁটু অধিক ঊর্দ্ধে না থাকিয়া নিম্নেই জরায়ু-মুখের নিকটে থাকিতে দেখা যায়, যেহেতু ও জরায়ু-প্রাচীরের মধ্য দিয়া হস্ত অধিক ঊর্দ্ধে চালিত করাতে বিশেষ অনিষ্ট হইবারও সম্ভাবনা,—ইহাতে প্লেসেণ্টা জরায়ু-প্রাচীর হইতে বিযুক্ত হইতে পারে।

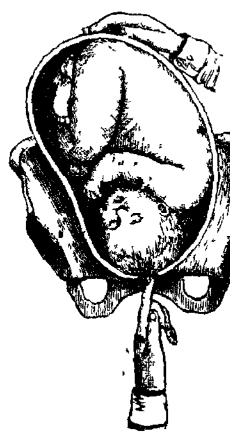
হস্ত সম্যক্‌রূপে জরায়ু মধ্যে প্রবেশিত হইলে শিশুর একটী পা, অথবা হাঁটু আক্রমণ করিতে হয়। "ট্রান্সভার্স" প্রাগবতরণে প্রাগবতীর্ণ অংশের বিপরীত দিকের পা অথবা হাঁটু আক্রমণ করা আবশ্যক, অর্থাৎ যে স্থলে শিশুর দক্ষিণ হস্ত প্রাগবতীর্ণ হয় তথায় তাহার বাম পা অথবা হাঁটু আকর্ষণ করা কর্ত্তব্য; সেইরূপ আবার বাম হস্তের প্রাগবতরণে দক্ষিণ পদ বা হাঁটু আকর্ষণ করিতে হয়। এইরূপ করিলে ভ্রূণের বিবর্ত্তনে প্রাগবতীর্ণ অংশ সহজে ঊর্দ্ধে উঠিয়া যায়। ডাক্তার গেলবিন বলেন, এরূপ করিবার আবশ্যকতা নাই। প্রাগবতীর্ণ অংশের বিপরীত দিকের পা আক্রমণ না করিয়া সেই পার্শ্বেরই পা ধরিয়া টানিলে হইতে পারে।' কিন্তু এরূপ প্রক্রিয়ায় বিবর্ত্তন তত সহজে সাধিত হয় না, এই জন্যই সকল স্থলে বিপরীত দিকেরই পা ধরিতে চেষ্টা করা হয়। বিপরীত দিকের পা করায়ত্ত অথবা নির্দ্ধারিত করা সহজসাধ্য না হইলে নিকটবর্ত্তী পা ধরাই যুক্তিযুক্ত। পা আক্রমণ করিয়া বেদনার অন্তরকালে ধীরে ধীরে নিম্নে টানিয়া আনা কর্ত্তব্য। পা নামাইয়া আনিবার সঙ্গে সঙ্গে অপর হস্ত প্রসূতির এব্‌ডোমেনের উপর ন্যস্ত রাখিয়া ভ্রূণের মাথা ঊর্দ্ধভাবে ঠেলিয়া দেওয়া আবশ্যক, তাহাতে বিবর্ত্তনে সহায়তা করা হয়। একটী পা নামাইয়া আনিলে অপরটী এব্‌ডোমেনের উপর গুটান থাকে। এই অবস্থায় প্রসব অগ্রসর হইতে থাকিলে জরায়ু-মুখ সম্যক্‌রূপে বিস্ফারিত হইতে পায়। দুইটী পা একবারে নামাইয়া আনিলে সেরূপ হয় না। পদ নামাইয়া আনা হইলে প্রসব সমাপ্তির জন্য স্বভাবের উদ্যমের উপর নির্ভর করা যাইতে পারে। কিন্তু বিবর্ত্তনের পর প্রসব-সমাপনে অকারণ বিলম্ব করা যুক্তিযুক্ত নহে, বিশেষ আবশ্যক হইলে "ট্র্যাক্‌শন" বা আকর্ষণ দ্বারা প্রসব অচিরে সমাপ্ত করিতে হয়। প্রসব সমাপ্ত করিবার জন্য ব্রিচপ্রেজেন্টেশনের সমস্ত প্রক্রিয়ার অবলম্বন আবশ্যক। এ বিষয় পূর্ব্বে যথা-স্থানে বর্ণিত হইয়াছে।

বাইপোলর, অথবা সমবেত প্রক্রিয়া।

সুপ্রসিদ্ধ ব্রাক্‌ষ্টন্ হিক্‌স বাহ্য ও অভ্যন্তরীণ অর্থাৎ সমবেত করকৌশলে বিবর্তন ক্রিয়ার সফলতা সর্ব্বপ্রথম সম্যক্‌রূপে বর্ণন করেন। এইজন্য এই প্রক্রিয়া ব্রাক্‌ষ্টন্ হিক্‌সের বিবর্তন নামে বর্ণিত হইয়া থাকে। এই প্রক্রিয়া দ্বারা মস্তক, অথবা বটক প্রসবপথে আনীত হইতে পারে। এই প্রক্রিয়া সম্পন্ন করিবার জন্য জরায়ু-মুখ, অন্ততঃ দুই তিনটী অঙ্গুলি প্রবেশিত হইতে পারে, এরূপ পরিমাণে বিস্ফারিত হওয়া আবশ্যক। ভ্রূণ জরায়ুমধ্যে সুসঞ্চাল্য অবস্থায় থাকিলে অভ্যন্তরীণ বিবর্তন অবলম্বন না করিয়া এই প্রক্রিয়া দ্বারা সকল স্থলেই ভ্রূণ ঘুরাইয়া দিবার চেষ্টা করা যাইতে পারে, কেন না এই প্রক্রিয়া নিষ্ফল হইলে তাহার পর অভ্যন্তরীণ বিবর্তন অবলম্বিত হইতে পারে।

"সিফ্যালিক ভার্ষণ" বা শিরোবিবর্তন।—"ট্রান্সভার্ষ" প্রাগবরণে এই প্রক্রিয়া দ্বারা ভ্রূণের মস্তক প্রসবপথে আনীত হইতে পারে।

৬৭ চিত্র



বাইপোলর প্রক্রিয়ায় বিবর্তন সাধন।

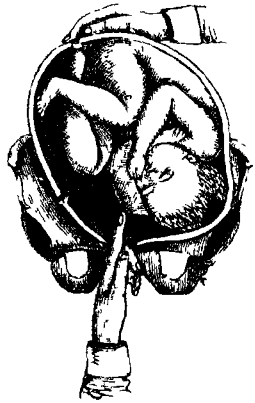
প্রথম ক্রম।

ভ্রূণের "বটক" ও মস্তকের স্থিতিস্থান নির্ণীত হইলে বাম হস্তের একটী বা দুইটী অঙ্গুলি জরায়ু মধ্যে প্রবেশিত করিয়া বেদনার অন্তর্বকালে ভ্রূণের স্কন্ধ-

তাহার পদাভিমুখে ধীরে ধীরে চালিত করা আবশ্যক। সেই সময়ে দক্ষিণ হস্ত প্রসবিণীর এব্‌ডোমেনের উপর সংস্থাপন পূর্ব্বক চাপ প্রদান করিয়া ভ্রূণমস্তক বস্তিগহ্বরে নামাইয়া দিবার চেষ্টা করিতে হয়। মস্তক নামিয়া আসিলে দক্ষিণ হস্ত দ্বারা তথায় তাহা আবদ্ধ রাখা আবশ্যক। এই সময়ে বাম হস্ত যোনি হইতে বাহির করিয়া আনিয়া আবশ্যক হইলে এবডোমেন-প্রাচীরের উপর করকৌশলে ভ্রূণের "বটক" ঊর্দ্ধে চালিত করা যাইতে পারে।

"পোডেলিক ভার্ষণ" বা পদবিবর্ত্তন।—এই প্রক্রিয়া দ্বারা প্রাগবতীর্ণ মস্তক অথবা স্কন্ধের পরিবর্ত্তে শিশুর "বটক" প্রসবপথে আনীত হইয়া থাকে। মস্তক প্রাগবতীর্ণ হইলে ইহার সুচার্স ও ফণ্টিনেলিস্ দ্বারা ইহার প্রকৃত আসন নিরূপণ করা আবশ্যক। তাহার পর বাম হস্তের ২।৩টী

২।শ চিত্র।



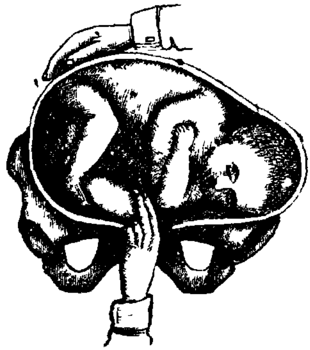
বাইপোলার প্রক্রিয়ায় বিবর্ত্তন সাধন।

দ্বিতীয় ক্রম।

অঙ্গুলি জরায়ু মধ্যে প্রবেশিত করিতে হয় এবং শিশুর মস্তক প্রথম অথবা চতুর্থ আসনে সংস্থিত থাকিলে অঙ্গুলির অগ্রভাগ দ্বারা তাহা বামদিকে অপসারিত করিয়া বহিঃস্থ দক্ষিণহস্ত দ্বারা "বটক" বিপরীত দিকে নামাইয়া আনা আবশ্যক। মস্তক দ্বিতীয় ও তৃতীয় আসনে থাকিলে তাহা দক্ষিণ দিকে অপ-

সারিত করিয়া বটককে বাম ভাগে নামাইয়া আনা কর্ত্তব্য। প্রাগবত্তীর্ণ অংশ সম্যকরূপে নির্ণীত না হইলে প্রথমাসনের ন্যায় তাহার চিকিৎসা করাই যুক্তি-

২৮শ চিত্র।



বাইপোলর প্রক্রিয়ায় বিবর্ত্তন সাধন।

তৃতীয় ক্রম,—হাঁটু আক্রমণ করা হইয়াছে।

যুক্ত। পার্শ্ব প্রাগবতরণে এক হস্ত দ্বারা শিশুর স্কন্ধ তাহার মস্তকাভিমুখে চালিত করা এবং অপর হস্ত দ্বারা বটক নিম্নে নামাইয়া আনা আবশ্যক।

সপ্তত্রিংশ অধ্যায়।

ফর্সেপ্‌স্‌।

এই যন্ত্র দ্বারা গর্ভস্থ শিশুর মস্তক আক্রমণ করিয়া অপত্যপথের ভিতর দিয়া আনিতে পারা যায়। পুরাকালে ভারতীয় প্রসব-চিকিৎসকদিগের মধ্যে এইরূপ যন্ত্রের ব্যবহার ছিল, কিন্তু তাহা আধুনিক যন্ত্রের ন্যায় সুকল্পিত ও সুগঠিত নহে। আরব প্রভৃতি দেশেও প্রাচীনকালে এইরূপ যন্ত্র ব্যবহৃত হইত। ইংলণ্ডীয় ডাক্তার পল চেম্বার্লেন্ সপ্তদশ শতাব্দীর মধ্যভাগে আধুনিক সবল ফর্সেপ্সের ন্যায় একপ্রকার ফর্সেপ্স সৃষ্টি করেন। তাঁহার পূর্ব্বে এইরূপ যন্ত্র ইউরোপে প্রচলিত ছিল কি না, তাহার কোন বিবরণ পাওয়া যায় না; এইজন্য চেম্বার্লেনের ফর্সেপ্স পাশ্চাত্য জগতে প্রথম সৃষ্টি বলিয়া পরিগণিত হইয়াছিল। যন্ত্র আবিষ্কৃত হইবার পর কিছুকাল ইহা চেম্বার্লেন বংশ মধ্যেই প্রচলিত থাকে; ইঁহারা সাপদ প্রসবে উক্ত যন্ত্রের ব্যবহারে বিপুল যশ অর্জ্জন করেন; কিন্তু এই যন্ত্র অধিক দিন তাঁহাদিগের মধ্যে সংগুপ্ত রহিল না; কালক্রমে ইহা সাধারণ্যে প্রকাশিত হইয়া পড়িল। ইউরোপে ফর্সেপ্স আবিষ্কৃত হইবার পূর্ব্বে "টার্ণিঙ" অতিশয় প্রচলিত ছিল, এবং তাহার অযথা প্রয়োগে অনেক অনিষ্ট হইত; এক্ষণে ফর্সেপ্সের সৃষ্টিতে টার্ণিঙের আদর কমিয়া আসিল; টার্ণিঙের পরিবর্ত্তে প্রায় সকল স্থলেই ফর্সেপ্স ব্যবহৃত হইতে লাগিল, কিন্তু এই যন্ত্রের অযথা ব্যবহারও অচিরে বিস্তর অনিষ্টের কারণ হইয়া উঠিল। যে যন্ত্র মাতা ও ভ্রূণ—উভয়েরই জীবন-রক্ষার প্রধান সাধন,—অযথা প্রয়োগে তাহা ঘোর অনিষ্টের নিদান হইয়া পড়িল। সেইজন্য এককালে এই যন্ত্রের উপর লোকের এত ঘৃণা ও ভয় হইয়াছিল যে, চিকিৎসকেরা সাধ্য-পক্ষে ইহা ব্যবহার করিতেন না;—উপায়ান্তর না দেখিয়া ব্যবহার করিতে

বাধ্য হইতেন। কিন্তু এইরূপ বিরাগ অধিক দিন ছিল না; ক্রমে ইহার যথাযোগ্য প্রয়োগ-বিষয়ে আলোচনা হইতে লাগিল; কিরূপস্থলে ফর্সেপ্স প্রয়োগ করা বিধেয়, এক্ষণে তাহা সম্যক্‌রূপে স্থিরীকৃত হইয়াছে। ইহার উপযুক্ত প্রয়োগে মাতা ও গর্ভস্থ ভ্রূণ—উভয়েরই বিপন্ন অবস্থা সহজেই বিদূরিত হইয়া থাকে।

ফর্সেপ্স দুই প্রকার—ছোট ও বড়। উভয় প্রকার ফর্সেপ্সই দুইটী করিয়া বক্র ফলকে গঠিত, সেই দুইটী ফলক এরূপ ভাবে নির্ম্মিত যে, দুইটী হস্তের ন্যায় ভ্রূণমস্তকের দুই পার্শ্বে ন্যস্ত করিয়া তাহা সহজে ধারণ করিতে পারা যায়। একটী "লক" বা খিল দ্বারা উভয় ফলক একত্রে সংযুক্ত হইয়া থাকে। প্রত্যেক ফলকেরই একটী করিয়া বাঁট আছে; বাঁটগুলি কাষ্ঠ নির্ম্মিত। অনেকে অনেক প্রকার ছোট ও বড় ফর্সেপ্স নির্ম্মাণ করিয়াছেন; এই সকলের মধ্যে যেগুলি অধিক প্রচলিত তাহাদিগের বিষয়ে গুটিকতক কথা বলা যাইতেছে।

ছোট ফর্সেপ্স।—আজিকালি ডাক্তার ডেনম্যানের অনুকরণে নির্ম্মিত ছোট ফর্সেপ্সের অধিক ব্যবহার দেখিতে পাওয়া যায়। ছোট ফর্সেপ্স সোজা ফর্সেপ্স নামেও অভিহিত হইয়া থাকে। যথানিয়মে নির্ম্মিত হইলে ইহার প্রত্যেক ফলক ৭ ইঞ্চ এবং বাঁট ৪$\frac{1}{8}$ ইঞ্চ দীর্ঘ। দুইটী ফলক যথানিয়মে একত্র সংযুক্ত করিলে এলিপ্সাকারে যে একটী চক্র সম্ভূত হয়, তাহার প্রস্থাংশের যে ভাগটী সর্ব্বাপেক্ষা প্রশস্ত, তাহার পরিমাণ ২$\frac{1}{8}$ ইঞ্চ মাত্র; উভয় ফলকের শেষ ভাগের ব্যবধান ১ ইঞ্চ মাত্র। প্রত্যেক ফলকের যে স্থানটী সর্ব্বাপেক্ষা অধিক প্রশস্ত, তাহার পরিমাণ ১$\frac{1}{8}$ ইঞ্চ। ছোট ফর্সেপ্সের বাঁটের ঊর্দ্ধভাগেই খিল এবং খিলের উপরই ফলক সমভাবে বক্র হইয়া উঠিয়াছে। ছোট ফর্সেপ্সের পেল্‌ভিক্ কার্ভ নাই, এইজন্য ভ্রূণমস্তক বস্তি-গহ্বরের নিম্নঅংশে নামিয়া না আসিলে ইহা ব্যবহার করা যাইতে পারে না।

বড় ফর্সেপ্স।—বড় ফর্সেপ্স অনেকের নির্ম্মিত দেখিতে পাওয়া যায়; তন্মধ্যে স্যর জেম্‌স সিমসনকৃত ফর্সেপ্সই অধিক ব্যবহৃত হইয়া থাকে। তাঁহার পূর্ব্বে যে সমস্ত ফর্সেপ্স নির্ম্মিত হইয়াছিল, ডাক্তার সিমসন তৎসমুদায়ের উৎকৃষ্ট অংশগুলি গ্রহণ করিয়া স্বীয় বুদ্ধি কৌশলের সাহায্যে উন্নতি বিধান করিয়া

এই উৎকৃষ্ট যন্ত্র নির্ম্মাণ করিয়াছেন। সিমসনকৃত বড় ফর্সেপ্সের এক একটী ফলকের বক্র অংশ ৬½ ইঞ্চ দীর্ঘ, প্রত্যেক ফলকের "ফিনেষ্ট্রামের" যেস্থল সর্ব্বাপেক্ষা প্রশস্ত, তাহার পরিমাণ ১½ ইঞ্চ। উভয় ফলক যথানিয়মে একত্র সম্বদ্ধ হইলে ইহাদের অগ্রভাগদ্বয়ের অন্তর ১ ইঞ্চ এবং এই সংযোগে যে "এলিপ্স" সম্ভূত হয়, তাহার প্রস্থভাগের যেস্থল সর্ব্বাপেক্ষা বিস্তৃত, তাহার পরিমাণ ৩ ইঞ্চ। প্রত্যেক ফলকের কাণ্ডের নিম্নেই একটী করিয়া সোজা-ডাঁটি আছে; সেই ডাঁটিকে "শ্যাঙ্ক" কহে, এই শ্যাঙ্কের দৈর্ঘ্য ২½ ইঞ্চ। শ্যাঙ্কের নিম্নেই খিল, খিলের পর জানু। শ্যাঙ্ক বাঁটে মিলিত হইবার পূর্ব্বে সমকোণে বক্র হওয়াতে এই জানু সৃষ্ট হইয়াছে। এই জানুর নিচেই ফলকের বাঁট আরম্ভ হইয়াছে।

ডাক্তার বার্ণসের ফর্সেপ্সও ভাল, কিন্তু ইহা সিমসনের ফর্সেপ্স অপেক্ষা কিছু বড়। ভ্রূণ মস্তক অধিক উদ্ধে থাকিলে এই ফর্সেপ্স প্রয়োগ সুবিধা-জনক; কিন্তু মাথা বস্তিগহ্বরে নামিয়া আসিলে ইহা প্রয়োগ করা তত সুবিধা-জনক নহে। সিমসনের ফর্সেপ্স সকল স্থলেই ব্যবহৃত হইতে পারে। সিম-সনের ফর্সেপ্স থাকিলে ছোট ফর্সেপ্স রাখিবার আবশ্যকতা থাকে না।

প্রত্যেক দীর্ঘ ফর্সেপ্সে দুইটী কার্ভ আছে,—ক্রেনিয়াল ও পেল্‌ভিক। ক্রেনিয়াল কার্ভ থাকাতে ফলকদ্বয় ভ্রূণমস্তকের উপর সুচারুরূপে ন্যস্ত হয় এবং পেল্‌ভিক্ কার্ভ থাকাতে অপত্যপথের অক্ষরেখার সমান্তরে এই যন্ত্র চালিত হইয়া থাকে। পেল্‌ভিক কার্ভ থাকাতে প্রত্যেক ফলকটীর সম্মুখভাগ "কনকেভ" বা ন্যুব্জ ও পশ্চাদ্ভাগ "কন্‌ভেক্স" বা কুব্জ; এই জন্যই ফলক-দ্বয় যথেচ্ছরূপে বস্তিগহ্বরে প্রবেশিত হইতে পারে না;—এভাবে প্রবেশিত করিতে হয়, যাহাতে প্রত্যেক ফলকের কনভেক্স বা কুব্জভাগ মাতার পশ্চাতে এবং কনকেভ বা ন্যুব্জ ভাগ মাতার সম্মুখভাগে সংস্থিত হয়। উভয় ফলকের মধ্যে একটী "লোয়ার" বা নিম্ন এবং অপরটী "আপার" বা উর্দ্ধ ফলক নামে আখ্যাত। উর্দ্ধ ফলকের খাঁজটী নিম্ন ফলকের খাঁজের উপর ন্যস্ত হয়। নিম্ন ফলক অগ্রে, তাহার পর উর্দ্ধ ফলক প্রবেশিত করিতে হয়। নিম্ন ফলক প্রবেশিত হইলে ইহার অগ্রভাগ বস্তির অনুপ্রস্থ ব্যাসের বাম ভাগে এবং উর্দ্ধ ফলক চালিত হইলে ইহার অগ্রভাগ বস্তির অনুপ্রস্থ ব্যাসের দক্ষিণ ভাগে

সংস্থিত হইয়া থাকে। কিন্তু ছোট ফর্সেপ্সের পেল্‌ভিক কার্ভ না থাকাতে তাহার যে কোনটী ফলক অগ্রে প্রবেশিত করিতে পারা যায়।

যে সকল দীর্ঘ ফর্সেপ্সের বিষয় লিখিত হইল, তাহাদের শ্যাঙ্ক বা ডাঁটী সরল, তাহাতে কোনরূপ কার্ভ নাই। ফর্সেপ্সের শ্যাঙ্কে অপত্যপথের নিম্নাংশের অক্ষ অনুযায়ী পেরিনিয়াল কার্ভ থাকিলে ট্রাক্‌শন বা আকর্ষণ-বল ভ্রূণমস্তকের উপর অধিক পরিমাণে ন্যস্ত হইতে পারে; এইরূপ বিবেচনায় হার্সেন ও এভেলিঙ পেরিনিয়াল কার্ভবিশিষ্ট এক প্রকার দীর্ঘ ফর্সেপ্স নির্ম্মাণ করিয়াছেন, কিন্তু এইরূপ কার্ভ থাকাতে ট্রাক্‌শন বল বোধ হয় বৃদ্ধি পায় না। যাহাতে ট্রাক্‌শন-বল অপত্যপথের অক্ষরেখায় ভ্রূণমস্তকের উপর সম্যক্‌রূপে সহজে ন্যস্ত হয়, এই উদ্দেশে টর্নিয়ার এবং এডিনবারার বর্ত্তমান অধ্যাপক সিমসন বহুল উন্নতি সাধন করিয়া এক প্রকার ফর্সেপ্স নির্ম্মাণ করিয়াছেন। তদ্দ্বারা তাঁহারা দেখাইয়াছেন যে, পেরিনিয়ালকার্ভ আবশ্যক নাই, একটী সাধারণ দীর্ঘ ফর্সেপ্সের ফিন্‌ষ্ট্রামের নিম্নাংশে উভয় বাঁটে এক একটী "ট্রাক্‌শন বার" বা আকর্ষণদণ্ড লাগাইয়া দিয়া টানিলে অল্প আকর্ষণেই কার্য্য সিদ্ধ হইবার সম্ভাবনা; আকর্ষণবল বস্তির অক্ষরেখায় সকল সময়েই ন্যস্ত করিতে পারা যায়; ফলকদ্বয় ভ্রূণমস্তক হইতে স্খলিত হইবার সম্ভাবনা কমিয়া আইসে এবং মস্তকবিবর্ত্তনে কোনরূপ বাধা পায় না। এই ফর্সেপ্সের নাম ঐক্‌সিস্ ট্রাক্‌শন ফর্সেপ্স। ইহার একটী প্রতিকৃতি পরপৃষ্ঠায় সন্নিবেশিত হইল।

ফর্সেপ্স তিন প্রকারে কার্য্য করিয়া থাকে:—

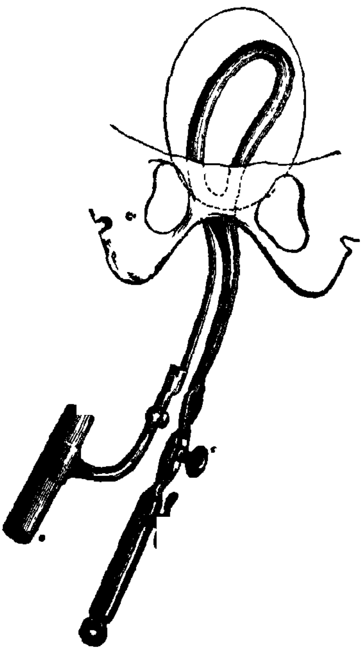
(১) ট্রাক্টর বা আকর্ষক; (২) কম্প্রেসর্ বা সঙ্কাপক, ও (৩) লেভার।

(১) ট্রাক্‌টার বা আকর্ষক।—প্রসবপথের অক্ষরেখায় ভ্রূণকে টানিয়া আনাই ফর্সেপ্সের প্রধান কার্য্য। ফর্সেপ্সের অন্যান্য কার্য্য ইহার সঙ্গে সঙ্গে সাধিত হইয়া থাকে।

(২) কম্প্রেসর বা সঙ্কাপক।—বাঁট দুইটী একত্র করিয়া যথা-নিয়মে ধারণ করিলে ভ্রূণমস্তক সঙ্কাপিত হইয়া পড়ে। এই সঙ্কাপনে মস্তকের আয়তন কিয়ৎপরিমাণে কমিয়া আইসে। ভ্রূণমস্তক সহ ফর্সেপ্স নামিয়া আসিবার সময় অপত্যপথের কোমল অংশ সমূহ ইহার উপর চাপিতে থাকে; তাহাতেও ভ্রূণমস্তকের উপর ফর্সেপ্সের সঙ্কাপন-ক্রিয়া কার্য্য করিতে থাকে।

কিন্তু দৃঢ়মুষ্টিতে ফর্সেপ্‌স ধারণ করিয়া ভ্রূণমস্তকের আয়তন অধিক পরিমাণে কমাইবার চেষ্টা করিলে অনিষ্ট হইবার সম্ভাবনা। বিলম্বিত প্রসবে অপত্য-পথের সঞ্চাপে "মোল্‌ডিঙ" প্রক্রিয়ায় ভ্রূণমস্তক সঙ্কীর্ণ হইয়া আসিলে যদি তাহার উপর আবার ফর্সেপ্‌স দ্বারা চাপ প্রদান করিয়া মাথা আরও ছোট করিতে চেষ্টা করা হয়, তাহা হইলে ভ্রূণের জীবন সাতিশয় বিপন্ন হইয়া পড়ে। এতদ্ব্যতীত মস্তকের একটী ব্যাসে চাপ প্রদান পূর্ব্বক আয়তন কমাইতে

২৯শ চিত্র।



একসিস্ ট্রাক্‌শন ফর্সেপ্‌স্

গেলে মস্তক অন্য ব্যাসে কিয়ৎপরিমাণে বর্দ্ধিত হইয়া থাকে;—এইজন্য সঞ্চাপন দ্বারা ভ্রূণমস্তকের আয়তন অধিক পরিমাণে কমাইবার চেষ্টা করা যুক্তিযুক্ত নহে। যদি চাপ প্রদান করিতে হয় নিরবচ্ছিন্ন চাপ দেওয়া উচিত নহে,—চাপ প্রদানকালে মধ্যে মধ্যে বিরাম দেওয়া আবশ্যক; তাহাতে ভ্রূণ-

মস্তকের "মোল্‌ডিঙ" ক্রিয়ার সাহায্য করা হয়, অথচ চাপজনিত ভ্রূণের অনিষ্ট-সম্ভাবনা কমিয়া যায়।

(৩) লেভার।—ফর্সেপ্সের দুইটী ফলক দুইটী লেভাররূপে কার্য্য করিয়া থাকে, থিল প্রত্যেক লেভারের "ফালক্রম" স্বরূপ। বল বাঁটের উপর প্রয়োগ করিলে সেই বল ফলকের সাহায্যে ফলকদ্বয়ের প্রান্তভাগে ন্যস্ত হয়। বাঁট দুইটী একত্র সংযুক্ত না থাকিলে এই লেভারের কার্য্য অধিক হইয়া থাকে; কিন্তু বাঁটদ্বয় দৃঢ়মুষ্টিতে ধারণ করিলে লেভারেজ ক্রিয়া প্রায়ই থাকে না। এই যুগ্ম লৈভার ধারণ পূর্ব্বক হাত ধীরে ধীরে এপাশ ওপাশ নাড়িয়া "লেভারেজ" ও "ট্র্যাক্‌শন" দ্বারা ভ্রূণ সহজে বহির্নিঃসারিত করিতে পারা যায়, কিন্তু এরূপ না করিয়া একটী লেভার দ্বারা প্রসব সাধন করিতে হইলে অস্থিপ্রাচীরের একস্থলে ইহার "ফালক্রম" করিয়া লইতে হয়, তাহাতে মাতা ও ভ্রূণ উভয়েরই অনিষ্ট হইবার অধিক সম্ভাবনা। এস্থলে বলা আবশ্যক, ফর্সেপ্স প্রধানতঃ "ট্র্যাক্টর" বা আকর্ষকরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। কেবল আকর্ষণ ক্রিয়া দ্বারা প্রসবকার্য্য সম্পাদন করা ভাল। লেভারেজের দ্বারা সামান্য সাহায্য পাওয়া যায়। তবে যে স্থলে মাথা আবদ্ধ অবস্থায় রহিয়া যায়, এবং ইহার আকর্ষণের জন্য অধিক বল আবশ্যক হইয়া পড়ে, সেস্থলে লেভারেজের সাহায্য লওয়া যাইতে পারে।

এতদ্ব্যতীত জরায়ুর উপর ফর্সেপ্সের আর এক প্রকার কার্য্য দেখা যায়। ফর্সেপ্স বাহ্য বস্তুরূপে জরায়ু মধ্যে ন্যস্ত থাকায় ইহার উত্তেজনায় স্নায়বিক বিবর্ত্তন-ক্রিয়া উদ্ভাবিত হইয়া জরায়ু-সঙ্কোচন বর্দ্ধিত করিয়া থাকে। ফর্সেপ্সের এই কার্য্যকে ইহার "ডাইনামিক্" কার্য্য বলা যায়।

কিরূপ স্থলে ফর্সেপ্স প্রযোগ বিধেয়?—জরায়ুর বলক্ষুণ্ণতা অথবা অন্য কোন কারণে নিঃসারক বলের হ্রাস হইলে ফর্সেপ্স-প্রয়োগ আবশ্যক হইয়া থাকে। * এরূপ স্থলে "ভিসে টর্গো" অভাবে "ভিসে ফ্রন্টি" প্রয়োগ করিতে হয়। নাভিরজ্জুর প্রোল্যাপস, এক্লাম্‌সিয়া, প্ল্যাসেন্টা প্রিভিয়া প্রভৃতি সঙ্কটময় অবস্থায় প্রসবসম্পাদন কেবল স্বভাবের উপর নির্ভর করিলে মাতা কিম্বা ভ্রূণ অথবা উভয়েরই অবস্থা সাতিশয় বিপন্ন হইয়া পড়ে। এরূপ স্থলে ফর্সেপ্স প্রয়োগ সময়ে সময়ে আবশ্যক হইয়া থাকে।

ফর্সেপ্‌স প্রয়োগ করিতে হইলে বস্তির সম্মুখ পশ্চাৎ প্রসর অন্ততঃ ৩½ ইঞ্চ থাকা আবশ্যক; এইজন্য বিকৃত বস্তিতে ফর্সেপ্‌স প্রয়োগ করিতে হইলে ইহার প্রসব অন্ততঃ ৩½ ইঞ্চ কি না, তাঁহা নির্ণয় করিয়া লইতে হয়। এই সকল বিপন্ন অবস্থায় ঠিক কিরূপস্থলে ফর্সেপ্‌স প্রয়োগ করা উচিত, তাহা তত্তদ-বস্থার বর্ণনকালে লিখিত হইয়াছে।

ভ্রূণমস্তক বস্তিগহ্বরের নিম্ন অংশে থাকিলে ফর্সেপ্‌স সহজে প্রবেশিত হইতে পারে; এরূপ অবস্থায় বিঘ্ন-সম্ভাবনা অতি অল্প। কিন্তু যেস্থলে মাথা বস্তির ব্রিমের উপরে বা ঊর্দ্ধে থাকে, সেস্থলে ফর্সেপ্‌সপ্রয়োগ তত সহজ নহে; সেস্থলে ফর্সেপ্‌স সুকৌশলে প্রবেশিত না হইলে বিপৎপাতের অধিক সম্ভাবনা। ফর্সেপ্‌সের নিম্ন প্রয়োগ অপেক্ষা ঊর্দ্ধ প্রয়োগে বিশেষ সতর্কতা ও সাবধানতা আবশ্যক।

ফর্সেপ্‌স প্রয়োগের পর সময়ে সময়ে যে সকল অনিষ্টপাতের কথা শুনিতে পাওয়া যায়, অনেক স্থলে তাহা এই যন্ত্রের প্রয়োগ হইতে জনিত নহে;—সম্ভবতঃ যন্ত্রপ্রয়োগের বিলম্ব প্রযুক্তই সেই সমস্ত বিপদ সংঘটিত হয়। ভ্রূণ-মস্তকের চাপে বিলম্বপ্রযুক্ত মাতৃ অংশের ও ভ্রূণের অনিষ্ট হইয়া থাকে। ফর্সেপ্‌স-প্রয়োগে অজ্ঞতা অথবা অসাবধানতা বশতঃ কখন কখন জরায়ু, যোনি ও পেরিনিয়ম ছিঁড়িয়া যাওয়া এবং যোনি ও ভল্‌ভার থ্রম্বোসিস উৎপন্ন হওয়া অসম্ভব নহে। এইরূপ আঘাত পাইলে পরে তাহা হইতে "পেল্‌ভিক সেলিউলাইটিস" ও পেরিটোনাইটিস প্রভৃতি পীড়া উদ্ভূত হইতে পারে। ফর্সেপ্‌স উপযুক্তরূপে প্রয়োগ করিতে পারিলে এই সকল দুর্ঘটনা হইবার সম্ভাবনা প্রায়ই থাকে না। এইজন্য চিকিৎসক মাত্রেরই ফর্সেপ্‌স-প্রয়োগ-কৌশলে অভিজ্ঞতা থাকা আবশ্যক।

ফর্সেপ্‌স-প্রয়োগ।

ফর্সেপ্‌স-প্রয়োগের পূর্ব্বে কতকগুলি বিষয়ের উপর চিকিৎসকের বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। মূত্রাশয় ও নিম্ন অন্ত্র পরিষ্কার করা বিধেয়;—এইজন্য ক্যাথিটার ও এনিমা প্রয়োগ আবশ্যক হইয়া থাকে। এমনিয়ম থলী অক্ষুণ্ণ থাকিলে তাহা বিদারিত করিতে হয়; এবং ভ্রূণমস্তকের সুচার্স ও ফন্টিনেলীস

পরীক্ষা দ্বারা শিশুর আসন নির্ণয় করা বিধেয়।

জরায়ুগ্রীবা সম্যক্‌রূপে বিস্ফারিত থাকা আবশ্যক। কোন কো. সম্যক্‌রূপে বিস্ফারিত হইলেও ইহার সম্মুখ ওষ্ঠ স্ফীত ও পেষিত হইয়া ভ্র. মস্তকের সম্মুখে নামিয়া আইসে। জরায়ুমুখ পূর্ণ বিস্ফারিত হইবার পূর্ব্বেই কোন প্রকার বিশেষ প্রয়োজনবশতঃ ফর্সেপ্স প্রয়োগ আবশ্যক হইতে পারে। এই সকল স্থলে অতি সাবধানে যন্ত্র প্রয়োগ করা আবশ্যক।

ফর্সেপ্স প্রয়োগ কষ্টসাধ্য বলিয়া বোধ হইলে সকল স্থলেই ক্লোরফর্ম্ম প্রয়োগ করা বিধেয়। তবে ভ্রূণমস্তক বস্তির নিম্নাংশে থাকিলে সাধারণতঃ প্রসবিণীকে ক্লোরফর্ম্ম প্রয়োগ করা আবশ্যক হয় না, কিন্তু মাথা ঊর্দ্ধে সংস্থিত থাকিলে সকল স্থলেই প্রসবিণীকে সংজ্ঞাশূন্য করা ভাল।

ফর্সেপ্স প্রয়োগের নিমিত্ত প্রসবিণীকে সচরাচর বাম পাশে কাৎ করিয়া এবং তাঁহার জানুদ্বয় এব্‌ডোমেনের উপর গুটাইয়া রাখিয়া শয্যার দক্ষিণ কিনারায় শায়িত রাখিতে হয়; সেরূপ অবস্থায় তাঁহার বটাক শয্যার খুব কিনারায় আনা আবশ্যক। ফর্সেপ্স প্রয়োগ-কালে অনেক দেশে মাতাকে উত্তানভাবে শায়িত করিয়া রাখা হয়, কিন্তু এরূপভাবে শায়িত করিলে প্রসবিণীর বাহ্য জননেন্দ্রিয় সম্পূর্ণরূপে প্রকাশিত হইয়া পড়ে এবং তাঁহার এব্‌ডোমেনের উপর পা গুটাইয়া রাখিবার জন্য লোকের সাহায্য আবশ্যক হইয়া থাকে। পার্শ্বভাবে শুয়াইলে এরূপ লোকের সাহায্য আবশ্যক হয় না; জানুদ্বয়ের মধ্যে একটী বালিশ দিলেই হইতে পারে। প্রসব সঙ্কটাপন্ন হইলে কোন কোন স্থলে প্রসবিণীকে উত্তান ভাবে শায়িত রাখা একান্ত আবশ্যক হইয়া পড়ে; তাহাতে প্রসব সম্পাদনের সুবিধা হইয়া থাকে; ট্র্যাকশন বল অপত্যপথে সুচারুরূপে চালিত করিতে পারা যায় এবং এব্‌ডোমেনের উপর হইতে জরায়ুর উপর চাপ প্রদান করিবারও সুবিধা হয়।

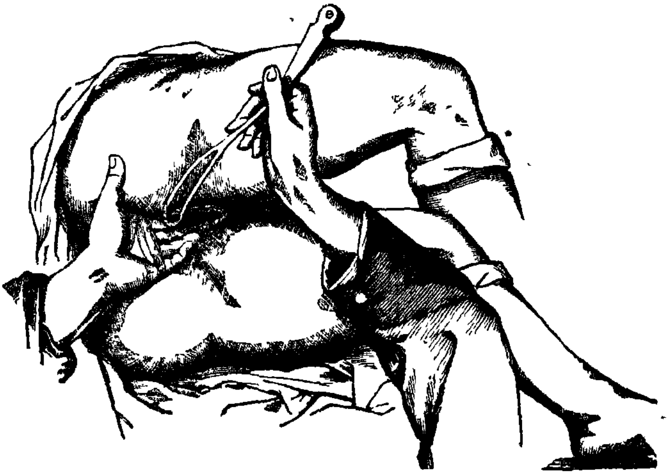
ফর্সেপ্স-প্রবেশন।—ফর্সেপ্স প্রবেশিত করিবার পূর্ব্বে ইহার ফলকদ্বয় গরম জলে তাপাইয়া তাহাতে কার্ব্বলিক তৈল অথবা কার্ব্বলিক ভেসিলিন মাখাইয়া লওয়া আবশ্যক। এদেশে গ্রীষ্মকালে গরম কাপড়ে ফলকদ্বয় ঘষিয়া লইলেই আবশ্যকমত-উত্তপ্ত হইতে পারে।

ফলকপ্রবেশন।—পূর্ব্বে বলা হইয়াছে, বড় ফর্সেপসের নিম্নফলক

॥ ফলক প্রবেশিত করিতে হয়। নিম্ন ফলক প্রবেশিত . অগ্রভাগ বস্তিগহ্বরের বাম পার্শ্বে এবং ঊর্দ্ধ ফলক প্রবেশিত ...লে ইহার অগ্রভাগ দক্ষিণ পার্শ্বে গিয়া ন্যস্ত হইয়া থাকে। ছোট ফর্সেপ্‌সের পেল্‌ভিক কার্ভ না থাকাতে ইহার যে কোনটী ফলক অগ্রে প্রবেশিত হইতে পারে। ছোট ফর্সেপ্‌স প্রয়োগ-কালে ইহার যে ফলকটী মাতার বস্তিগহ্বরের বামভাগে গিয়া পড়ে, সাধারণতঃ সেইটীই অগ্রে, পরে অপরটী প্রবেশিত হয়। সকলস্থলে এইরূপ একপ্রকার নিয়ম পালন করা মন্দ নহে। যাহাদিগকে সদাসর্ব্বদা ফর্সেপ্‌স প্রয়োগ করিতে হয় না, এই নিয়মে চলিলে তাঁহাদের হঠাৎ ভুল হইবার সম্ভাবনা কমিয়া যায়। বড় ফর্সেপ্‌সের নিম্ন ও ঊর্দ্ধফলক নির্ণয় করিতে হইলে, ফলকদ্বয় একত্র করিয়া পেল্‌ভিক কার্ভের "কন্‌কেভ" বা কুব্জদিক্ ঊর্দ্ধভাবে রাখিলে দেখা যাইবে ঊর্দ্ধ ফলকের খিল নিম্ন ফলকের খিলে আসিয়া আবদ্ধ হইয়াছে। নিম্নফলক প্রবেশিত করিবার সময়, ইহার বাঁট (ত্রিংশ চিত্রে যেরূপ প্রদর্শিত হইয়াছে) লেখিটার ধারণের ন্যায় অঙ্গুষ্ঠ, তর্জ্জনী ও মধ্যমার মধ্যে একটু উঁচু করিয়া ধারণ করা কর্ত্তব্য। এইরূপে ধরিলে ফলকের কন্‌কেভিটী মাতার দিকে থাকিবে ও ফলকের অগ্রভাগ বাম ও নিম্নভাগে আসিবে এবং বাঁট ঊর্দ্ধে ও দক্ষিণে গিয়া পড়িবে। তাহার পর বাম হস্তের দুইটী বা তদধিক অঙ্গুলি যোনিমধ্যে প্রবেশিত করিয়া ভ্রূণমস্তকের পার্শ্বে ন্যস্ত রাখিতে হয়। এক্ষণে অঙ্গুলির পার্শ্ব দিয়া ফলক চালিত করা আবশ্যক। ক্রমে জরায়ু-গ্রীবার নিকট ফলকের অগ্রভাগ পৌঁছিলে ইহা গ্রীবা ও ভ্রূণমস্তকের মধ্যভাগ দিয়া চালিত করিবার সময় বিশেষ সতর্ক থাকা কর্ত্তব্য। ফর্সেপ্‌সের অগ্রভাগ ভ্রূণমস্তকে গিয়া সংস্পৃষ্ট হইলে মস্তকের গায়ে গায়েই তাহা চালিত করা কর্ত্তব্য; তাহা হইলে ফর্সেপ্‌স প্রবেশনের বিঘ্ন সম্ভাবনা অনেক পরিমাণে কমিয়া যায়। ফলক বেদনার বিরাম-কালেই ধীরে ধীরে চালিত করা আবশ্যক। ফলক মাথার দিকে ধীরে ধীরে চালিত করিবার কালে কোন স্থলে কোনরূপ প্রতিরোধ পাইলে তৎক্ষণাৎ ফলক আংশিক বা সম্পূর্ণরূপে বাহির করিয়া পরে ধীরে ধীরে পুনঃপ্রবেশিত করা বিধেয়। সময়ে সময়ে এই কার্য্য সহজে সংসাধিত হয় না; ভ্রূণমস্তক অতি ঊর্দ্ধে থাকিলে সমগ্র হস্ত যোনিমধ্যে প্রবেশিত করা আবশ্যক হইয়া পড়ে।

প্রথম প্রবেশন কালে ফলক বস্তির নির্গমদ্বারের "এক্সিস্" বা অক্ষরেখায় চালিত করা আবশ্যক। তাহার পর যখন ইহা প্রবেশদ্বারের নিকট উপনীত হয়, ইহার গতি প্রবেশ-দ্বারের অক্ষরেখায় চালিত করা কর্ত্তব্য। এইজন্য প্রথম প্রবেশন কালে বাঁট উচু রাখিয়া ফলকটী সম্মুখ ও নিম্নভাগ হইতে পশ্চাৎ

৩০শ চিত্র।



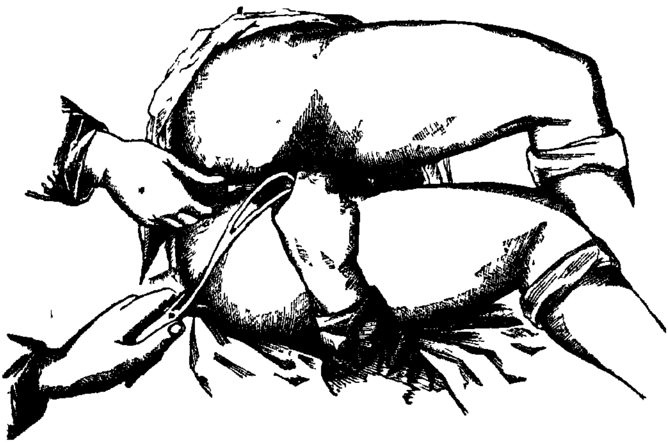
ফর্সেপ্সের নিম্ন ফলক প্রবেশন।

ও উর্দ্ধভাগে চালিত করিতে হয়। ক্রমে ফলকটী জরায়ু-গহ্বরে সম্যক্‌রূপে প্রবেশিত হইলে ইহার অগ্রভাগ বস্তির অনুপ্রস্থ ব্যাসের বামদিকে এবং বাঁট পেরিনিয়মের দিকে গিয়া পড়ে। নিম্ন-ফলক এই রূপে প্রবেশিত হইলে ইহাকে পেরিনিয়মের নিকট ধরিয়া রাখিবার জন্য একজন সহকারীর হস্তে ইহা অর্পণ করা আবশ্যক।

প্রথম ফলক প্রবেশনের পর দ্বিতীয় ফলক প্রবেশিত করা আবশ্যক। (একত্রিংশ চিত্রে যেরূপ প্রদর্শিত হইয়াছে) উর্দ্ধ-ফলক প্রবেশনের জন্য ই বাম হস্তে ধারণ করা আবশ্যক। ইহাতে ফলকের কনকেভিটী মাতার অগ্রভাগ উর্দ্ধ ও দক্ষিণভাগে এবং ইহার বাঁট নিম্ন ও বামভাগে গিয়া দক্ষিণ হস্তের দুইটী বা তদধিক অঙ্গুলি যোনিমধ্যে প্রবেশিত ক

স্পর্শ করা কর্ত্তব্য। তাহাব পব ফলক অঙ্গুলিব পার্শ্ব দিয়া, নিম্ন-ফলক যেদিকে সংস্থিত, তাহাব বিপরীত দিকে সেইরূপ সাবধান ও সতর্কভাবে চালিত করা আবশ্যক।

৩১শ চিত্র।



ঊর্দ্ধ ফলক প্রবেশন।

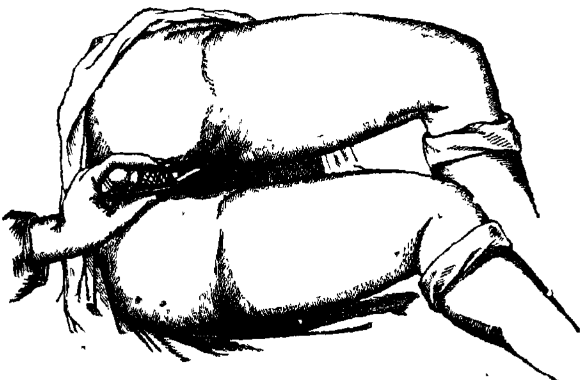
দ্বিতীয় ফলক প্রবেশিত কবিবাব জন্য বাঁট প্রথমে নীচু কবা আবশ্যক, এইজন্য মাতাব "বটক" শয্যার খুব কিনাবায লইয়া যাওযা কর্ত্তব্য। তাহা না হইলে বাট বিছানায় ঠেকিযা যায এবং ফলক নিয়মিত রূপে প্রবেশিত হয় না। প্রথমে বাঁটটী নীচু কবিয়া ধবিয়া ক্রমে যেমন ফলক বস্তিব অক্ষবেথায় ভ্রূণমস্তকের পার্শ্বে পার্শ্বে চালিত হয়, আবশ্যকমত তত্তই বাট একটু একটু কবিয়া উঁচু করিতে হয়। ঊর্দ্ধ ফলক এইরূপে প্রবেশিত হইলে ইহাব অগ্রভাগ বস্তির অনুপ্রস্থ ব্যাসেব দক্ষিণ দিকে গিযা পড়ে এবং ইহাব বাঁট পেরিনিয়মের দিকে চালিত হয়।

নিম্ন-ফলকের প্রবেশনে অপত্যপথের আয়তন কমিয়া যাওয়াতে ঊর্দ্ধ-ফলক প্রবেশিত করা সকল স্থলে তত সহজ নহে। পার্শ্ব দিয়া ফলক চালিত করা কষ্ট-স সেক্রমের সম্মুখ দিয়া প্রথমে চালিত হইতে পারে; পরে ইহার ভটী পর্য্যন্ত পৌছিলে যোনি-প্রবেশিত অঙ্গুলির, তাহাকে অ

বধানে ও সতর্কভাবে ক্রমে তাহা ভ্রূণমস্তকের যথাস্থানে ন্যস্ত করা যাইতে রে। কিন্তু এরূপ প্রণালী অবলম্বন করা প্রায়ই আবশ্যক হয় না। ভ্রূণ-স্তক খুব উর্দ্ধে থাকিলে তাহাকে স্থির রাখিবার জন্য মাতার এবডোমেনের উপর হিশ্চাপ প্রয়োগ আবশ্যক।

দুইটী ফলক প্রবেশিত হইলে খিল সংবদ্ধ করা আবশ্যক; খিল সমান হইয়া না বসিলে একটী অথবা আবশ্যক হইলে দুইটী ফলকই অল্প বা সম্পূর্ণরূপে বাহির করিয়া লইয়া আবার প্রবেশিত করিতে হয়, খিল বদ্ধ করিবার সময় যাহাতে প্রসূতির কোমলাংশে কোনরূপ আঘাত না লাগে, অথবা ভল্‌ভার উপবিস্থ রোম সমূহ কোনরূপে খিলে আটকাইয়া না যায়, তদ্বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য।

১২শ চিত্র।



উভয় ফলক প্রবেশনের পর "ট্রাক্‌শন" বা আকর্ষণ।

নিয়মিতরূপে খিল বদ্ধ হইলে আকর্ষণ, সঞ্চাপন ও লেভারেজ কার্য্য সম্পাদন করিতে হয়। পূর্ব্বে বলা হইয়াছে আকর্ষণই ফর্সেপ্সের প্রধান কার্য্য, অন্যান্য কার্য্য ইহার সঙ্গে সঙ্গে সাধিত হইয়া থাকে। আকর্ষণ ধীরে ধীরে ও কেবল বেদনাকালেই করা আবশ্যক। আবশ্যক হইলে আকর্ষণের সঙ্গে সঙ্গে বাঁট দুইটী এক একবার মৃদুভাবে এদিক ওদিক সঞ্চালিত করিতে হয়; ইহাতে লেভারের কার্য্য হইয়া থাকে। মস্তক উর্দ্ধে আবদ্ধ থাকিলে এই

লেভারেজ কার্য্য কিয়ৎপরিমাণে আবশ্যক হইয়া পড়ে। বাঁট দুইটী অতিশয় দৃঢ়ভাবে চাপিয়া ধরিলে ভ্রূণমস্তকে আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা, এইজন্য যাহাতে ফলকদ্বয় স্খলিত না হয় অথচ ভ্রূণমস্তক তন্মধ্যে আবদ্ধ থাকে, এবং দৃঢ় চাপ প্রাপ্ত না হয়, বাঁটদ্বয় তদুপযোগী বলের সহিত ধারণ করা কর্ত্তব্য। বেদনার বিরামকালে বাঁটের উপর হস্তের চাপ কমাইয়া লওয়া আবশ্যক; তাহাতে ফর্সেপ্‌সের ফলকপ্রদত্ত অবিচ্ছিন্ন চাপ হইতে ভ্রূণমস্তককে রক্ষা করা যায় এবং চাপ জনিত আঘাত লাগিবার সম্ভাবনাও কমিয়া আইসে। বেদনার বিরামকালে আকর্ষণ বন্ধ করিতে হয়। বেদনা না থাকিলে অথবা জরায়ু অবিচ্ছিন্ন ভাবে কুঞ্চিত থাকিলে, মধ্যে মধ্যে অল্প ক্ষণ অন্তর ট্র্যাক্‌শন দেওয়া আবশ্যক এবং তৎসঙ্গে এব্‌ডোমেন প্রাচীরোপরি ফ্রিকসন ও ঔষধাদি দ্বারা জরায়ু-সঙ্কোচন সাধন বা বর্দ্ধন করিতে হয়। এরূপ করিলে প্রসবান্তে জরায়ুর সম্যক্ সঙ্কোচনাভাবে শোণিতস্রাব হইবার সম্ভাবনা কমিয়া যায়।

অপত্যপথের অক্ষরেখায় ভ্রূণমস্তক আকর্ষণ করিতে হয়। এইজন্য, মস্তক যতক্ষণ ব্রিমের ঊর্দ্ধে সংস্থাপিত থাকে, আকর্ষণ নিম্ন ও পশ্চাদ্ভাবে পেরিনিয়মের দিকে হওয়া আবশ্যক। ক্রমে মাথা যত নামিতে থাকে, ট্র্যাক্‌শনের গতিও ক্রমে সম্মুখভাবে হইতে থাকে। তাহার পর মস্তক নির্গমদ্বারের নিকট পৌঁছিলে ফর্সেপ্সের আকর্ষণ সম্মুখ ও ঊর্দ্ধভাবে হওয়া আবশ্যক, তাহাতে যন্ত্রের বাঁট প্রভৃতির এব্‌ডোমেনের দিকে গিয়া পড়িবে। ট্র্যাক্‌শনফর্সেপ্স প্রয়োগ করিলে আকর্ষণ ট্র্যাক্‌শনরডেরই উপর ন্যস্ত করিতে হয়। টানিবার কালে আকর্ষণ-বল ফর্সেপ্‌সের বাঁটের সমান্তরভাবে চালিত হওয়া আবশ্যক। মস্তক ঊর্দ্ধে থাকিলে যদি ধীরে ধীরে আকর্ষণ করা যায়, মস্তকের রোটেশন প্রভৃতি স্বাভাবিক গতি ক্রমে ক্রমে আপনিই সম্পাদিত হইয়া থাকে।

ভ্রূণমস্তক অক্‌সিপিটো পোষ্টিরিয়র আসনে থাকিলে ফর্সেপ্‌স প্রয়োগে ইহা নামাইয়া আনিবার কালে অক্‌সিপট ঘুরিয়া সম্মুখে আসিতে পারে; তখন সিন্‌সিপট পশ্চাতে গিয়া পড়ে, তৎসঙ্গে ফর্সেপ্‌সও ঘুরিয়া যায়। ফর্সেপ্‌সের কন্‌ভেক্‌সিটি বা ন্যুব্জতা ঘুরিয়া সম্মুখে আইসে এবং কন্‌কেভিটি বা কুব্জতা পশ্চাতে গিয়া পড়ে। এইরূপ হওয়াতে মাতৃ-অংশ সমুদায় বিশেষরূপে আহত হইতে পারে। এইজন্য অক্‌সিপিটো পোষ্টিরিয়র আসনে ফর্সেপ্‌স প্রয়োগ

করিতে হইলে, ভ্রূণমস্তক নামিয়া আসিয়া "রোটেশন" বা আবর্ত্তন ক্রিয়া আরম্ভ হইবা মাত্রই ফর্সেপ্‌স বাহির করিয়া লওয়া যুক্তিযুক্ত। মস্তক আবর্ত্তিত হইবার পর কেবল স্বভাবের উদ্যমেই প্রসবকার্য্য সম্পাদিত হইতে পারে। তাহা না হইলে ফর্সেপ্‌স আবার প্রবেশিত করিয়া প্রসব সমাপ্ত করিতে হয়।

ফর্সেপ্‌স দ্বারা আকৃষ্ট হইয়া মস্তক পেরিনিয়মে নামিয়া আসিলে এবং বেদনা সবলে ও নিয়মিতরূপে হইতে থাকিলে, প্রকৃতির উপর প্রসবের সমাপ্তি নির্ভর করা যাইতে পারে। কিন্তু সচরাচর যন্ত্র অন্তরিত না করিয়াই প্রসবকার্য্য সম্পূর্ণ করা যুক্তিযুক্ত। মস্তক প্রসবপথের শেষ অংশ হইতে বহির্গত হইবার সময় যাহাতে পেরিনিয়ম বিচ্ছিন্ন না হয়, তদ্বিষয়ে বিশেষ মনোযোগী হওয়া আবশ্যক।

ভেক্‌টিস্ ও ফিলেট।

ভেক্‌টিস ও ফিলেট বহুদিবস হইতে ব্যবহৃত হইয়া আসিতেছে; এক সময়ে ইহাদের ব্যবহার বিশেষ প্রচলিত ছিল, অধুনা যে সকল স্থলে ফর্সেপ্‌স ব্যবহৃত হয়, পূর্ব্বে সেইরূপ অনেক স্থলে ভেক্‌টিস ও ফিলেট প্রযুক্ত হইত; কিন্তু ফর্সেপ্‌সের উৎকর্ষ সাধনে ইহাদের ব্যবহার এক্ষণে একপ্রকার লোপ প্রাপ্ত হইয়াছে।

ভেক্‌টিস্ একটী মাত্র ফলকে গঠিত, ছোট ফর্সেপ্‌সের ফলকের সহিত ইহার অনেকটা সাদৃশ্য আছে, কিন্তু ফর্সেপ্‌স অপেক্ষা এই যন্ত্রের কার্ভ ও ফিনিষ্ট্রামের বিস্তার অধিক। ফলকটী একটী কাঠের বাঁটে বসান; কোন কোন ফলক বাঁটের সহিত একটী কবজা দ্বারা সংযুক্ত,—কোন কোনটী বা একটী স্ক্রু দ্বারা সংযোগস্থলে আবদ্ধ থাকে। তাহাতে ফলকটী আবশ্যকমত মুড়িয়া বা খুলিয়া রাখা যাইতে পারে।

ভেক্‌টিস "ট্র্যাক্টার" বা আকর্ষক এবং লেভার উভয় প্রকারে কার্য্য করে। ট্র্যাক্টারের কার্য্য ফর্সেপ্‌স অপেক্ষা ইহার অনেক কম; এবং ইহাকে লেভার-রূপে ব্যবহার করিতে গেলে পারদর্শী চিকিৎসকের হস্তেও প্রসবিণীর অনিষ্ট হইবার সম্ভাবনা। দুইটী বিষয়ে ভেকটিসের বিশেষ উপযোগিতা ও কার্য্য-কারিতা প্রকাশ পায়;—ইহা দ্বারা অপপ্রাগবতরণ সংশোধিত এবং মস্তকের

অভ্যন্তরীণ আবর্ত্তনে সহায়তা প্রদত্ত হইয়া থাকে। এইজন্যই এককালে ইহা চিকিৎসকদিগের বিশেষ আদরণীয় ছিল, কিন্তু ফর্সেপ্সের একটী ফলক-দ্বারা এই সকল কার্য্য সুচারুরূপে সম্পাদিত হয় বলিয়া এই সকল স্থলেও ভেক্‌টিস্ এক্ষণে আর ব্যবহৃত হয় না।

ফিলেট।—তিমি মৎস্যের অস্থি, অথবা অন্য কোন স্থিতি-স্থাপক পদার্থে এই যন্ত্রটী প্রস্তুত হইয়া থাকে। ইহা দেখিতে ঠিক একটী ফাঁসের মত, সেই ফাঁসটী শিশুর অক্‌সিপট, অথবা চিবুকে লাগাইয়া টানিয়া আনিতে হয়। ফিলেটের দ্বারা নিঃসারক বল অতি অল্প পরিমাণে উদ্ভাবিত হইতে পারে এবং সেই বল অপত্যপথের অক্ষরেখায় চালিত হইলে মাতার কোমলাংশে আঘাত লাগিবার সাতিশয় সম্ভাবনা। যদিও ফিলেটের নিঃসারক ক্রিয়া সামান্য এবং তদ্দ্বারা অনিষ্ট হইবার সম্ভাবনা অধিক, ইহা আবশ্যকমত সকল স্থলেই প্রস্তুত করিয়া লওয়া যাইতে পারে বলিয়া সময়ে সময়ে চিকিৎসকের বড়ই উপকারে আইসে; হয়ত তিনি হঠাৎ এমত স্থলে উপস্থিত হইতে পারেন, যথায় নিয়মিত যন্ত্রাদি অধিগত হয় না, সেরূপ স্থলে আবশ্যকমত একটী ফিলেট প্রস্তুত করিয়া লইয়া অভীষ্ট সাধন করিতে পারেন।

অষ্টাবিংশ অধ্যায়।

ভ্রূণহন্তারক শস্ত্রোপচার।

ভ্রূণহন্তারক শস্ত্রোপচার বহুদিবসাবধি চিকিৎসকসমাজে বিদিত আছে; কিন্তু আজি কালি ইহা যেরূপ প্রচলিত, বোধ হয় পূর্ব্বকালে তত ছিল না। এই প্রক্রিয়া দ্বারা যে, সময়ে সময়ে ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত হইত, তাহা মহাত্মা হিপক্রেটিস, সেল্‌সাস প্রভৃতি প্রাচীন চিকিৎসকগণের গ্রন্থে দেখিতে পাওয়া যায়। প্রাচীন হিন্দু প্রসবচিকিৎসকগণ, আবশ্যক হইলে, ভ্রূণের শিরশ্ছেদন,

অঙ্গচ্ছেদন, অথবা মস্তিষ্ক নিষ্কাষণ পূর্ব্বক শিশুকে বহির্নিঃসারিত করিতেন; এ সম্বন্ধে তাঁহাদের গ্রন্থে শঙ্কু ও সন্দংশ প্রভৃতি কয়েকটী অস্ত্রের উল্লেখ দেখিতে পাওয়া যায় ১। প্রাচীন আরবদিগের মধ্যেও এরূপ অস্ত্রোপচার প্রচলিত ছিল। কোন কোন দেশে কোন কোন সম্প্রদায়—বিশেষতঃ রোমান ক্যাথলিকদিগের মধ্যে সজীব ভ্রূণ সংহার করা সম্পূর্ণ নীতিবিরুদ্ধ বলিয়া অনেক দিবস পরিগণিত ছিল। যদিও মাতার প্রাণরক্ষার্থ এম্ব্রায়টমী করা অধুনা আইনবিরুদ্ধ কার্য্য নহে, তথাপি বোধ হয় রোমান ক্যাথলিকদিগের মধ্যে এই সংস্কার আজিও কিয়ৎপরিমাণে বিদ্যমান আছে। আজিও চিকিৎসকসমাজে এরূপ লোক আছেন, ভ্রূণের মৃত্যু না হইলে যাঁহারা অস্ত্রপ্রয়োগ করিতে ইচ্ছুক নহেন, কিন্তু তাহাতে যে মাতার বিপন্ন অবস্থা সময়ে সময়ে সাতিশয় বর্দ্ধিত হইয়া থাকে, তদ্বিষয়ে কিছুমাত্র সন্দেহ নাই।

১। কবিরাজ শ্রীযুক্ত যোগেন্দ্রচন্দ্র গুপ্ত বিদ্যানিধি মহাশয় বিস্তর পরিশ্রম ও আয়াস স্বীকার করিয়া প্রাচীন হিন্দুদিগের প্রাসবিক শল্যচিকিৎসা সম্বন্ধে অনেক প্রমাণ সঙ্কলন করিয়া দিয়াছেন। কৃতজ্ঞতা সহকারে তৎসমুদায় গৃহীত হইয়া তন্মধ্যে কয়েকটি নিম্নে প্রকটিত হইল। ভ্রূণের অপ-প্রাগবতরণ, অপ আসন, অথবা অন্য কোন অস্বাভাবিক কারণে প্রসবিণীর অবস্থা সাতিশয় বিপন্ন হইয়া পড়িলে এবং কৃত্রিম উপায়ে সজীব ভ্রূণ-নিঃসারণের সম্ভাবনা না থাকিলে শিশুর অঙ্গ প্রত্যঙ্গ ছেদন করিয়া প্রসব সাধন করা আবশ্যক। এ সম্বন্ধে মহাত্মা সুশ্রুত বলিতেছেন :—

"যদ্ যদঙ্গং হি গর্ভস্য যোনৌ সজ্জতি তচ্ছিনৎ।
সম্যগ্ বিনির্হরেচ্ছিত্বা রক্ষেন্নারীং প্রযত্নতঃ।।"

গর্ভের অর্থাৎ ভ্রূণের যে যে অঙ্গ অপত্যপথে আবদ্ধ হইয়া প্রসবে প্রতিরোধ সাধন করে, চিকিৎসক সেই অঙ্গ ছেদন করিয়া ভ্রূণকে সম্যকরূপে নিঃসারিত করিয়া দিবেন এবং তৎসঙ্গে বিশেষ যত্ন সহকারে প্রসূতির প্রাণরক্ষায় সচেষ্ট হইবেন।

গর্ভমধ্যে ভ্রূণের মৃত্যু হইলে তাহা অচিরে বাহির করিয়া জননীর জীবনরক্ষায় যত্নবান্ হওয়া উচিত, এইজন্য মহর্ষি অষ্টমূর্ত্তি গর্ভ সম্বন্ধে অন্যত্র বলিয়াছেন :—

"নোপেক্ষেত মৃতং গর্ভং মুহূর্ত্তমপি পণ্ডিতঃ।
তদাশু জননীং হন্তি———————"

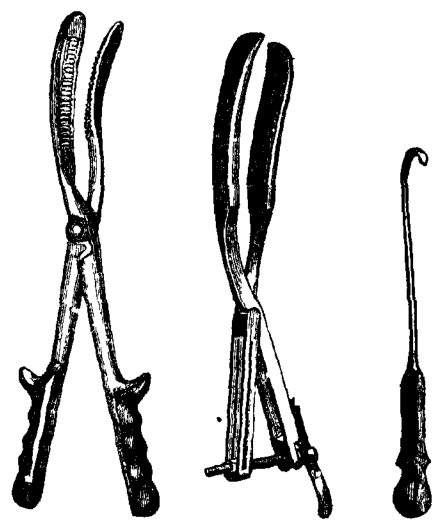
ভ্রূণ গর্ভমধ্যে মৃত হইলে বিচক্ষণ চিকিৎসক তাহার নিঃসারণে মুহূর্ত্তকালও উপেক্ষা করিবেন না; কেননা তাহাতে অনতিবিলম্বে জননীর প্রাণ বিয়োগ হইয়া থাকে।

ভ্রূণহন্তাবক শস্ত্রোপচার চারি প্রকার—ক্রেনিয়টমী, সিফালোট্রিপ্সি, ডিক্যাপিটেশন ও এভিসারেষণ।

ক্রেনিয়টমী।—এই প্রক্রিয়া দ্বারা ভ্রূণমস্তক বিদারিত করিয়া ছিদ্র-পথ দিয়া মস্তিষ্ক নিষ্কাশিত করিতে পারা যায়। তাহাতে মাথার আযতন কমিয়া আইসে এবং উপযুক্ত যন্ত্রের সাহায্যে ইহা সহজে বহির্নিঃসারিত হইয়া থাকে।

ভ্রূণহন্তাবক শস্ত্রোপচারে সচরাচর পার্ফোরেটর, ক্রোচেট, ভার্টিব্রেল হুক, ক্রেনিয়টমী-ফর্সেপ্স ও সিফ্যালোট্রাইব—এই কয়েকটী যন্ত্র ব্যবহৃত হয়।

১৩শ চিত্র।



ডাক্তার সিমসনের ক্রেনিয়ক্লাষ্ট বা ক্রেনিয়টমী ফর্সেপ্স,—সিফ্যালোট্রাইব,—ক্রোচেট।

পার্ফোরেটর।—এই যন্ত্র দ্বারা স্কাল বিদারিত করিয়া বিদারণকে পার্শ্বে বিস্তারিত করিতে পারা যায়। ইহা ক্রেনিয়টমী সিজর্স নামেও অভিহিত হইয়া থাকে। ইহা দ্বারা স্কাল বিদারিত হয় বলিয়া ইহাকে পার্ফোরেটর বা বিদারক এবং বিদারিত স্থল ইহার তীক্ষ্ণ বহির্ভাগ দ্বারা কাটিয়া বিদারণের

বিস্তাব বর্দ্ধিত হয় বলিয়া ইহাকে ক্রেনিয়টমী সিজার্স বলা যায়। পার্ফোরেটর দুইটী তীক্ষাগ্র ফলকে গঠিত। ফলকদ্বয়েব বহির্দ্দিক ধাবাল; প্রত্যেক ফলকের ধাবাল অংশেব নিম্নভাগে একটী মোটা স্কন্ধ বা আটক আছে। এই আটক থাকাতে ফলক ব্যতীত যন্ত্রের আর অধিক অংশ স্কাল মধ্যে প্রবেশিত হইতে পারে না। বিদাবণের পব ফলকদ্বয় ফাঁক কবিয়া বিদারণ পার্শ্বভাবে বিস্তাবিত কবিতে পাবা যায়। তাহাব পব উভয ফলক একত্রিত করিয়া স্কালেব মধ্যে বহুদুব পর্য্যন্ত চালিত হইতে পাবে, তখন ইহার স্কন্ধ স্কালে আট্কাইযা যায না, অভ্যন্তব পর্য্যন্ত প্রবিষ্ট হইযা থাকে।

পার্ফোবেটাব অনেক প্রকাব, সকলগুলিব বাঁট-নিম্মাণ-প্রণালী একপ্রকার নহে, কিন্তু কাটিবাব অংশে সকলেবই সৌসাদৃশ্য দেখিতে পাওযা যায়; ডাক্তাব ডেনমানেব পার্ফোবেটব, অথবা ইহাব অনুকবণে যে সকল যন্ত্র প্রস্তুত হইয়া থাকে, তৎসমুদায শস্তা এবং সেগুলিবই অধিক ব্যবহাব দেখিতে পাওয়া যায়। এই শ্রেণীব পার্ফোবেটাবেব ফলক খুলিতে হইলে বাঁট দুইটী ফাঁক কবিতে হয। শস্ত্রোপচাবকেব এক হস্তদ্বাবা সকল স্থলে তাহা সম্যক্‌রূপে সাধিত হয না, এইজন্য ফলক ন্যস্ত কবিযা বাঁট খুলিবাব জন্য সময়ে সময়ে অপব এক ব্যক্তিব সাহায্য আবশ্যক হইযা থাকে। এই অসুবিধা বিদূবণের জন্য বাঁট দুইটী একত্র কবিলে যাহাতে ফলকদ্বয ফাঁক হইয়া পড়ে, এরূপ যন্ত্র সৃষ্ট হইযাছে।

ক্রোচেট।—ইহা একটী বড়িশ বিশেষ। বড়িশটী শক্ত ও তীক্ষ্ণ। ইহা একটী মোটা দণ্ডে সংলগ্ন। দণ্ডটী প্রাযই একটু বাঁকা হইযা থাকে; তাহাতে যন্ত্রপ্রয়োগেব সুবিধা হয। স্কালেব বাহ্য বা অভ্যন্তরীণ প্রদেশের কোন দৃঢ় অংশে ইহাব তীক্ষ্ণ অংশটী লাগাইযা বাঁট ধবিযা টানিতে হয়। ট্রাক্‌শন কবিবাব পূর্ব্বে স্কালের যেস্থলে ক্রোচেট সংলগ্ন হয়, তাহাব বিপবীত দিকে শস্ত্রোপচারকেব একটী অঙ্গুলি বক্ষা কবা আবশ্যক। তাহা হইলে যন্ত্রটী স্খলিত হইয়া মাতৃ-অংশে আঘাত লাগিবাব সম্ভাবনা কমিযা যায়;—স্খলিত হইবামাত্র শস্ত্রোপচাবকেব অঙ্গুলিতে অনুভূত হইয়া থাকে। এইজন্য অতি সাবধানে ইহা ব্যবহার কবিতে হয়; এতদ্ব্যতীত অনেক স্থলে ইহা দ্বারা সম্যক্ নিঃসারকবল পাওয়া যায় না। এই সকল কাবণে ইহা অধিক ব্যবহৃত হয় না।

ক্রেনিয়টমী-ফর্সেপ্স।—এই যন্ত্র দুইটী ফলকে গঠিত। ফলক দুইটীর ভিতর দিকে উচুনীচু খাঁজ কাটা কঠিন দাঁত আছে। এইজন্য ইহা দ্বারা ভ্রূণমস্তক দৃঢ়ভাবে ধরিতে পারা যায়। একটী ফলক স্কালের ভিতর প্রবেশিত করিয়া এবং অপরটী বাহিরে লাগাইয়া প্রসব-ফর্সেপ্সের ন্যায় ফলকদ্বয় একত্র করিতে হয়। ইহার পর প্রসবপথের অক্ষরেখায় ইহা দ্বারা মস্তক আকর্ষণ করা আবশ্যক। সময়ে সময়ে মস্তক বিদীর্ণ করিয়াও ক্রেনিয়টমী ফর্সেপ্সের আকর্ষণে ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত করিতে পারা যায় না। তখন এই যন্ত্র দ্বারা স্কালের অস্থি টুকরা টুকরা করিয়া ভাঙ্গিয়া স্কালের আয়তন কমাইতে হয়; তাহার পর ট্র্যাক্‌শন দ্বারা ইহা সহজে বহির্নিঃসারিত হইয়া থাকে। ক্রেনিয়টমী ফর্সেপ্স অনেক প্রকার, তন্মধ্যে সিমসনের ক্রেনিয়ক্লাষ্টই উৎকৃষ্ট। ক্রেনিয়ক্লাষ্টের ফলকদ্বয়ের শেষভাগ দেখিতে হংস চঞ্চুপুটের ন্যায়, ইহা এরূপ বাঁকান এবং ইহার খাঁজগুলি এরূপ গভীর যে, ইহা দ্বারা স্কালকে সম্যক্‌রূপে ধরিতে পারা যায়। আবশ্যক হইলে ইহার চাপে স্কালের অস্থিগুলি খণ্ড খণ্ড করিয়া ভাঙ্গা যাইতে পারে।

সিফ্যালোট্রাইব।—এই যন্ত্র দুইটী কঠিন ফলকে গঠিত, ইহা দ্বারা ভঞ্জন ও আকর্ষণ উভয়বিধ কার্য্যই সাধিত হইয়া থাকে। সিফ্যালোট্রাইব দ্বারা স্কালের তলদেশের অস্থিসমুদায় চূর্ণ করিয়া পরে মস্তক সহজে বহির্নিঃসারিত করিতে পারা যায়। ইহার কিয়ৎপরিমাণে পেল্‌ভিক কার্ভ আছে; তজ্জন্য দীর্ঘ ফর্সেপ্সের ন্যায় ইহা বস্তির ঊর্দ্ধদেশ পর্য্যন্ত চালিত হইতে পারে। দুইটী ফলক স্কালের উভয় পার্শ্বে ন্যস্ত করিয়া ইহার বাঁটে যে স্ক্রু আছে, তাহা ঘুরাইয়া বাঁট দুইটী একত্র করিলে ফলকদ্বয় পরস্পরের নিকট হইয়া পড়ে। মস্তক বিদীর্ণ করিয়া সিফ্যালোট্রাইব প্রয়োগ করিতে হয়। এই শস্ত্রোপচারকে সিফ্যালোট্রিপ্সী বলা যায়।

ভার্টিব্র্যাল হুক।—এই যন্ত্র দেখিতে একটী লম্বা বড়িশের ন্যায়; ইহাকে একটা সূক্ষ্মাগ্র দীর্ঘ বাঁটের ক্রোচেট বলা যাইতে পারে। ইহার অগ্রভাগ পাতলা থাকাতে ভ্রূণমস্তকের ফোরেমেন ম্যাগনামের মধ্য দিয়া ইহা ভার্টিব্র্যাল কেনালে লাগাইতে পারা যায়।

ক্রেনিয়াল অস্থি বহিষ্করণার্থ সময়ে সময়ে একটী "ওয়্যাব ইক্রেশিয়ার" ও ছোট "চেন স্য" নামক যন্ত্রও ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

যেস্থলে বস্তিব প্রসব এত সঙ্কীর্ণ যে, ফর্সেপ্স অথবা বিবর্ত্তন দ্বারা ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত হইতে পাবে না, তথায ভ্রূণমস্তকেব আয়তন কমাইয়া প্রসব-কার্য্য সম্পাদন কবিতে হয। মস্তক বহির্নিঃসাবিত হইলে দেহ সহজে বাহির হইয়া পড়ে। বস্তিব প্রসব কত কম হইলে ক্রেনিযটমী কবা আবশ্যক, তদ্বিষয়ে কিছু মতভেদ দেখিতে পাওয়া যায়। কেহ কেহ বিবেচনা করেন, বস্তিব সম্মুখ-পশ্চাৎ প্রসব ২¾ ইঞ্চ হইলেও বিবর্ত্তন-ক্রিয়া দ্বাবা সজীব ভ্রূণ বহির্নিঃসাবিত হইতে পারে। কিন্তু অনেকে বলেন সম্মুখ-পশ্চাৎ প্রসর ৩ ইঞ্চির কম হইলে পূর্ণগর্ভে ভ্রূণ সজীব অবস্থায় বহির্নিঃসৃত হইতে পাবে না। সাধারণতঃ যেস্থলে বস্তিব কঞ্জুগেট ব্যাস ৩ ইঞ্চ হইতে ১½ ইঞ্চের কিছু বেশী, তথায় ক্রেনিয়টমী আবশ্যক বলিযা স্বীকৃত হইতে পাবে; ঠিক ১½ ইঞ্চ হইলেই সিজবিয়ন সেক্শন আবশ্যক। ব্রিম, গহ্বব বা নির্গমনপথ—বস্তিব যে কোন স্থলেই এই কঞ্জুগেট ব্যাস খাট থাকিতে পাবে। বস্তিব সম্মুখপশ্চাৎ প্রসবেব হ্রাসেব সহিত ইহাব অনুপ্রস্থ ব্যাসেব যথোপযুক্ত প্রসব থাকা আবশ্যক। যেস্থলে সম্মুখ পশ্চাৎ প্রসব কেবল ১½ ইঞ্চেব কিঞ্চিৎ অধিক, তথায় পার্শ্বপ্রসর অন্ততঃ ৩ ইঞ্চ না হইলে ক্রেনিযটমী কবিবাও ভ্রূণ বহির্নিঃসাবিত হইতে পাবে না;—সেস্থলে সিজবিযন সেকশন আবশ্যক হইয়া থাকে।

১½ ইঞ্চেব কত বেশী হইলে ক্রেনিযটমী করা আবশ্যক, অধুনাতন প্রসব-চিকিৎসকেবা তাহা স্থিব কবিতে চেষ্টা কবিয়াছেন। ডাক্তার প্লেফেয়ার বলেন, সম্মুখপশ্চাৎ ব্যাস ১¾ ইঞ্চ এবং তাহার সহিত অপব দিকেব ব্যাস সম্যক্‌রূপে থাকিলে ক্রেনিয়টমী অবলম্বন কবা যাইতে পাবে। ডাক্তাব বার্ণস বলেন কঞ্জুগেট ব্যাস অন্যূন ১¾ বা ২ ইঞ্চ থাকিলে এম্ব্রায়টমী করিযা মাতার জীবন রক্ষা হইবাব খুব সম্ভাবনা। ইহাতে স্পষ্ট প্রতীত হইতেছে যে ইহাঁরা উভয়েই ১¾ ইঞ্চকে খর্ব্বায়তন বস্তিতে ক্রেনিয়টমীব নিম্ন সীমা বলিয়া নির্দ্দেশ করিয়াছেন।

বস্তির বিকৃতি যে, বস্তি-প্রসর কমাইবাব একটী প্রধান কারণ, ইহা বিকৃতিবস্তি বর্ণনকালে বিশেষ কবিয়া লেখা হইয়াছে। বস্তিগহ্বরে অস্থির,

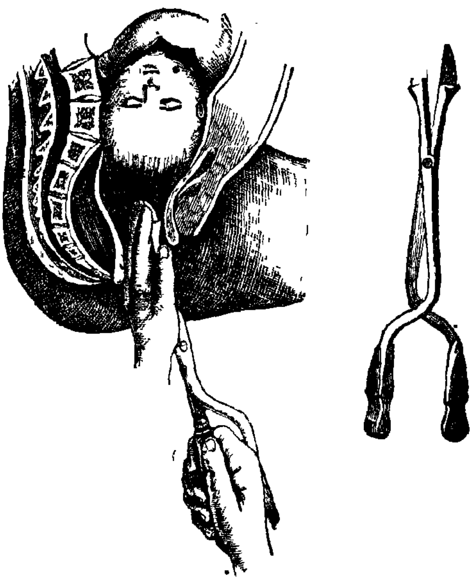
ওভেরিয়ন, ফাইব্রয়েড, অথবা অন্য কোন প্রকার টিউমার সঞ্জাত হইয়া ইহার পরিসর কমাইতে পারে। কোন কোন স্থলে কোমল অপত্যপথের সঙ্কোচন ও দৃঢ়তা বশতঃ ক্রেনিয়টমী করা আবশ্যক হইয়া থাকে, জরায়ুগ্রীবার সাতিশয় কাঠিন্য ও যোনিতে সিকাট্রিক্স এইরূপ দৃঢ়তা ও সঙ্কোচনের কারণ হইতে পারে। মুখপ্রাগবতরণে ভ্রূণমুখ মেণ্টোপোষ্টিরিয়র আসনে আবদ্ধ হইয়া পড়িলে, অথবা জরায়ুমধ্যে যমজ ভ্রূণ থাকিলে যে স্থলে পার্ফোরেটর দ্বারা একটী মস্তকের আয়তন কমাইয়া অপরটীকে বহির্নিঃসারিত করিতে পারা যায়, সেই সকল স্থলে এবং দ্বিমস্তক মনুষ্যাব ও হাইড্রোকেফেলস প্রভৃতি কারণেও ক্রেনিয়টমী অবলম্বন আবশ্যক হইতে পারে। ডিষ্টোশিয়ায বা সঙ্কটময প্রসবে মৃত ভ্রূণকে সহজে বহির্নিঃসারিত করিবার জন্য তাহার মস্তক "পার্ফোরেট" বা বিদারিত করা সময়ে সময়ে আবশ্যক হইয়া পড়ে; কিন্তু এরূপ প্রক্রিয়া অবলম্বন করিবার পূর্ব্বে শিশুর বাস্তবিক মৃত্যু হইয়াছে কি না, তাহা নিশ্চিত রূপে জানা আবশ্যক।

শস্ত্রোপচার।—ফসেপ্স প্রয়োগ করিবার পূর্ব্বে যেমন মূত্রাশয় ও রেকটম পরিষ্কার করিয়া দিতে হয়, ভ্রূণহন্তারক শস্ত্রোপচারের পূর্ব্বেও সেইরূপ করা আবশ্যক। তৎকালে অস সম্পূর্ণরূপে বিস্ফারিত এবং লাইকার এমনিয়াই নিঃসৃত হইয়াছে কি না, তাহা পরীক্ষা করিয়া দেখা কর্ত্তব্য। কোন কোন স্থলে অস সম্পূর্ণ বিস্ফারিত হইবার পূর্ব্বে শস্ত্রোপচার আবশ্যক হইয়া পড়ে; তথায় সাবধানে ও সতর্কভাবে অস্ত্র প্রয়োগ না করিলে জরায়ুমুখে আঘাত লাগিবার অধিক সম্ভাবনা। জলমুচি না ভাঙ্গিলে তাহা ভাঙ্গিয়া লওয়া আবশ্যক। অপারেষণের পূর্ব্বে গর্ভিণীকে ক্লোরোফর্ম্ম সোঁকাইয়া শয্যার দক্ষিণ প্রান্তে বাম পার্শ্বে শায়িত করিয়া তাঁহার উরুদ্বয় উদরের উপর গুটাইয়া রাখিতে হয়। তাহার পর চিকিৎসক নিজ বাম হস্তের দুইটী বা তদধিক অঙ্গুলি যোনি মধ্যে প্রবেশন পূর্ব্বক ভ্রূণমস্তকের প্রাগবতীর্ণ অংশ স্পর্শ করিয়া ইহার প্যারাইটাল অস্থির উন্নত অংশে তাহা স্থাপন করিবেন। অনন্তর দক্ষিণ হস্তে পার্ফোরেটর ধারণ করিয়া অন্তঃপ্রবেশিত অঙ্গুলিদ্বয়ের গায়ে গায়ে যন্ত্র চালিত করিবেন। যন্ত্রের অগ্রভাগ প্যারাইট্যাল অস্থির উপর ন্যস্ত করিয়া তাহা বিদীর্ণ করা আবশ্যক। তাহা না করিয়া সুচার্স অথবা ফণ্টিনেলিস বিদারিত করিলে অনেক শোণিত নিঃসৃত হইয়া থাকে; তাহাতে রক্তের

জন্মাটে ছিদ্রপথ বন্ধ হইয়া যাইবার সম্ভাবনা। কিন্তু অস্থির উপর বিদারণ হইলে এরূপ হয় না,—ছিদ্র উন্মুক্ত থাকে এবং অস্থিবিদারণে মাথার আয়তনও সহজে কমিয়া যায়। অস্ত্রের অগ্রভাগ প্যারাইটাল অস্থির উপর ন্যস্ত করিয়া চাপ প্রদান করিতে হয়। চাপ প্রদানকালে হাতটী এপাশ ওপাশ করিয়া একটু ঘুরান আবশ্যক, তাহাতে মাথা সহজে বিদীর্ণ হইয়া থাকে। সময়ে সময়ে মস্তক বিদীর্ণ করিবার জন্য অধিক জোর দিতে হয়। বিদারণ কার্য্য সম্পাদন করিবার কালে ভ্রূণমস্তক যাহাতে সরিয়া না যায় তজ্জন্য এবডোমেন প্রাচীর দ্বারা জরায়ুর উপর বাহ্য চাপ প্রদানার্থ একজন সহকারীর সাহায্য আবশ্যক হইয়া থাকে। যন্ত্রের ফলক মস্তিষ্কমধ্যে প্রবেশিত হইলে ইহার স্কন্ধ মস্তকাস্থিতে আটকাইয়া যায়; আর অধিক প্রবেশ করিতে পারে না। তাহার পর চিকিৎসক যন্ত্রের নির্ম্মাণ প্রণালীর অনুসারে তাহার বাঁট দুইটী একত্র, অথবা পৃথক করিবেন; তাহাতে ফলকদ্বয় ফাঁক হইয়া পড়িবে এবং তাহার তীক্ষ্ণ ধারে অস্থি কাটিয়া বিদারণ প্রসারিত হইয়া যাইবে। ফলকের স্কন্ধ পর্য্যন্ত প্রবেশিত করিয়া বিদারণ প্রসারিত করিলে ফলকের ধারাংশ মাথার ভিতর থাকাতে মাতৃঅংশে আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা সাতিশয় কমিয়া যায়। তাহার পর ফলকদ্বয় একত্র করিয়া বিপরীত দিকে ঘুরাইতে হয় এবং আবার ফাঁক করিয়া প্রথম বিদারের সমকোণে আর একটী বিদার করা আবশ্যক। ইহাতে বিদার দুইটী ঠিক একটী ক্রুশের মত হইয়া পড়ে। অনন্তর পার্কোরেটরের স্কন্ধ পর্য্যন্ত মস্তিষ্কের ভিতর প্রবেশিত করিয়া তদ্দ্বারা মস্তিষ্ক আলোড়িত করা আবশ্যক। এরূপ করিলে মস্তিষ্ক স্কাল হইতে বিচ্ছিন্ন ও পৃথক্ হইয়া পড়ে। আবশ্যক হইলে ভার্টিব্র্যাল হুক দ্বারা এই কার্য্য সম্পাদন করা যাইতে পারে। হুকপ্রয়োগে আর একটী সুবিধা এই যে, ইহা সহজে মেড্যালা অবলঙ্গেটা পর্য্যন্ত চালিত করিতে পারা যায়। মেড্যালা অবলঙ্গেটা ছেদিত হইবা মাত্র ভ্রূণের শ্বাসরোধ হইয়া থাকে। এরূপ না করিলে ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত হইয়া জীবিত-লক্ষণ প্রকাশ করিতে পারে; ইহা সকল স্থলেই অপ্রীতিকর, সময়ে সময়ে ইহা শোকাবহ কারণ হইয়া পড়ে। এইজন্য মেড্যালা অবলঙ্গেটা পর্য্যন্ত আলোড়ন করা আবশ্যক। কিন্তু এই সকল কার্য্য অনেক স্থলে পার্কোরেটর দ্বারাই সাধিত হইয়া থাকে।

ব্রিচ প্রাগবতরণে ভ্রূণের অন্যান্য অঙ্গ প্রত্যঙ্গ নির্গত হইয়া মস্তক আবদ্ধ হইতে পারে; সেরূপ স্থলে অন্য কোন কৌশলে তাহা বহির্গত না হইলে পার্ফোরেটর প্রয়োগ আবশ্যক হইয়া পড়ে। মেণ্টো-পোষ্টিরিয়র আসনে এইরূপ হইবার অধিক সম্ভাবনা। এরূপস্থলে অপরের সাহায্যে প্রাগবতীর্ণ অংশ

৩৪শ চিত্র।



পার্ফোরেটর,—পার্ফোরেটর প্রয়োগ।

সুবিধামত সম্মুখ অথবা পশ্চাদ্ভাগে অপসারিত করিয়া চিকিৎসক যন্ত্রের অগ্রভাগ স্বীয় বাম হস্তের অঙ্গুলির উপর দিয়া সঞ্চালন পূর্ব্বক ভ্রূণের ম্যাষ্টইড প্রোসেসের নিকট বা পার্শ্বে ছিদ্র করিবেন। এই স্থলের অস্থি পুরু থাকাতে পার্ফোরেশনের জন্য প্রায়ই অধিক বল প্রয়োগ করিতে হয়।

পার্ফোরেটর প্রয়োগের পর পিচকারী দ্বারা মস্তিষ্ক ধুইয়া বাহির করা অনাবশ্যক। প্রসব-বল অক্ষুণ্ণ থাকিলে জরায়ু-সঙ্কোচনেই মস্তিষ্ক ছিদ্রপথে বাহির হইতে থাকে, তাহাতে প্রসব যত অগ্রসর হয়, মস্তকের আয়তন তত

ছোট হইয়া আইসে এবং "মোল্‌ডিঙ" প্রক্রিয়ায় সঙ্কীর্ণ বস্তি দিয়া মস্তক সহজে বহির্নিঃসারিত হইতে পারে। স্কাল বিদীর্ণ করিবার পর যেস্থলে প্রসবকার্য্যের সমাপ্তি কেবল স্বভাবের উদ্যমের উপর নির্ভর করা যাইতে পারে না, তথায় অন্ততঃ ১০।১৫ মিনিট কাল অপেক্ষা করিয়া ভ্রূণনিঃসারণে অগ্রসর হইতে হয়। মস্তক বস্তি-গহ্বর অপেক্ষা অধিক বড় না হইলে বিদারণের পর প্রসব-ফর্সেপ্স দ্বারা মস্তক বহির্নিঃসারিত হইতে পারে। এইজন্য, ফর্সেপ্স প্রয়োগের পরও যেস্থলে মস্তক বিদীর্ণ করিতে হয়, সেস্থলে ফর্সেপ্স সংলগ্ন রাখিয়াই স্কাল বিদারিত করা যাইতে পারে। বস্তির পরিসর কম না থাকিলে মস্তকের ছিদ্রপথে অঙ্গুলি প্রবেশন পূর্ব্বক দৃঢ়রূপে ধারণ করিয়া আকর্ষণ করিলেও কৃতকার্য্য হইবার সম্ভাবনা। কিন্তু পরিসর কম থাকিলে আবশ্যকমত সিফ্যালোট্রাইব, ক্রোচেট, অথবা ক্রেনিয়টমী-ফর্সেপ্স, ব্যবহার করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। বস্তি সাতিশয় সঙ্কীর্ণ থাকিলে সিফ্যালোট্রাইব প্রয়োগ করিতে পারা যায় না। এইজন্য যেস্থলে বস্তির সঙ্কীর্ণতা অধিক নহে, তথায় সিফ্যালোট্রিপ্সি করা যুক্তিযুক্ত। কেহ কেহ বিবেচনা করেন, বস্তির কঞ্জুগেট ব্যাস ২½ ইঞ্চির কম হইলে সিফ্যালোট্রাইব সুচারুরূপে প্রয়োগ করা যাইতে পারে না, ক্রেনিয়টমী ফর্সেপ্স ব্যবহার করিতে হয়। সিফ্যালোট্রাইব প্রয়োগে স্কালের তলদেশের অস্থিসমুদায় বিভগ্ন হইয়া যায় এবং স্কালের ছিদ্র দিয়া মস্তিষ্ক বহির্গত হইয়া পড়ে। সিফ্যালোট্রিপ্সি করিবার পর বিভগ্ন অস্থিসমূহ স্ক্যাল্প দ্বারা আচ্ছাদিত থাকে; তাহাতে ভ্রূণ নিঃসারণকালে অস্থিসমূহ দ্বারা মাতৃ-অংশে আঘাত লাগিতে পায় না এবং মস্তক সহজেই বহির্নিঃসারিত হইয়া থাকে। বস্তির আয়তন নিতান্ত কম থাকিলে ক্রেনিয়টমী ফর্সেপ্স দ্বারা অনেকস্থলে অস্থিসমূহ খণ্ড খণ্ড করিয়া বাহির করিতে হয়। ক্রোচেট যে, অতি সাবধানে ব্যবহার করা আবশ্যক, তাহা পূর্ব্বে বলা হইয়াছে, তাহা না করিলে মাতৃ-অংশে আঘাত লাগিবার সাতিশয় সম্ভাবনা।

সময়ে সময়ে ভ্রূণমস্তক একবার ভাঙ্গিলে হয় না, দ্বিতীয় বার—এমন কি তদপেক্ষা বেশীবার ভগ্ন করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। দ্বিতীয় বার ভাঙ্গিতে হইলে যন্ত্রটীকে একবারে বাহির করিয়া পূর্ব্ব ভগ্ন দিকের ঠিক সমকোণে আবার তাহা প্রয়োগ করা কর্ত্তব্য। স্কাল বিভগ্ন হইবার পর ভগ্ন অস্থিসমূহ স্ক্যাল্প

ভেদ করিয়া বাহির হইতে পারে; তাহাতে মাতৃ-অংশে আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা; এইজন্য আকর্ষণ প্রয়োগ করিবার পূর্ব্বে অস্থিখণ্ডগুলি সাবধানে ও সতর্কভাবে বহির্নিঃসারিত করা আবশ্যক।

ডিক্যাপিটেশন ও এভিসারেষণ।—পার্শ্ব-প্রাগবতরণে ভ্রূণ বস্তিগহ্বরে আবদ্ধ হইয়া পড়িলে এবং জরায়ু তাহার উপর দৃঢ়রূপে কুঞ্চিত হইয়া আসিলে যখন "টার্ণিং" বা বিবর্ত্তন-প্রক্রিয়াদ্বারা প্রসব সম্পাদিত করিতে পারা যায় না, তখন ডিক্যাপিটেশন ও এভিসারেষণ প্রক্রিয়া অবলম্বন আবশ্যক হইয়া পড়ে। ভ্রূণ এরূপে আবদ্ধ হইয়া পড়িলে সঙ্গে সঙ্গে তাহার জীবন প্রায়ই নিঃশেষিত হইয়া থাকে; তৎকালে কেবল মাতার বিপন্ন অবস্থার উপর দৃষ্টি রাখিয়া কার্য্য করিতে হয়। বস্তির বিকৃতি, অথবা ভ্রূণের টিউমার, কিম্বা "ম্যাল্‌ফর্মেশন" বা অস্বাভাবিক গঠন প্রযুক্ত যেস্থলে ভ্রূণের বহির্নিঃসরণে বাধা সংঘটিত হয়, সেস্থলেও এরূপ প্রক্রিয়ায় ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত করা আবশ্যক হইয়া পড়ে।

ডিক্যাপিটেশন বা শিরশ্ছেদন।—ভ্রূণমস্তক নানা প্রণালীতে ছেদন করিতে পারা যায়। ব্যাম্‌সবোথমের হুক দ্বারা এই কার্য্য সাধিত হইতে পারে। এই হুক দেখিতে সাধারণ ব্লণ্ট হুকের মত; তবে ইহার ভিতর কিনারা ধারাল। ভ্রূণের গ্রীবায় ইহা লাগাইয়া করাত করিবার মত চালিত ও সঙ্গে সঙ্গে আকর্ষণ করিতে হয়। এই অস্ত্র প্রয়োগ জন্য অধিক ব্যবধান আবশ্যক, এইজন্য ইহা সকল স্থলে প্রয়োগ করিতে পারা যায় না;—প্রয়োগ করিতে পারিলে ইহা দ্বারা গ্রীবা সহজে দ্বিধাবিভক্ত হইয়া থাকে। অস্ত্রচালনকালে বাম হস্ত দ্বারা ইহার কার্য্য নিয়ন্ত্রিত করা আবশ্যক। তাহা করিলে গ্রীবা কাটিবার পর যখন অস্ত্র নামিয়া পড়ে, অপত্য-পথে আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা থাকে না। একজোড়া "ব্লণ্ট পইণ্টেড" বা স্থূলাগ্র কাঁচিদ্বারা নির্ব্বিঘ্নে গ্রীবাচ্ছেদন করা যাইতে পারে। কাঁচিদ্বারা নিম্ন হইতে অল্পে অল্পে কাটিয়া সমগ্র গ্রীবা দ্বিখণ্ডিত করিতে পারা যায়।

একখণ্ড "হুইপ কর্ড" দ্বারা গ্রীবাচ্ছেদন করা যাইতে পারে। একটী গাম ইলাষ্টিক ক্যাথিটার দ্বারা রজ্জু গাছটী ভ্রূণের গ্রীবায় পরাইয়া দিয়া করাত করার মত একটী স্পেকুলামের ভিতর দিয়া রজ্জু সঞ্চালিত হইতে

থাকিলে মাতার কোমল অংশ সমুদায়ে কোনরূপ আঘাত লাগিতে পায় না। একটী "ওয়াব ইক্রেশিয়ব" দ্বাবাও এই কার্য্য সহজে সম্পাদিত হইতে পাবে।

শিরশ্ছেদনেব পব ভ্রূণেব বাহু ধবিযা আকর্ষণ কবিলে দেহটী সহজে বহির্নিঃসারিত হইয়া থাকে। তাহাব পব আবশ্যক হইলে মাথাটী পার্ফো-রেট কবিয়া ক্রেনিয়টমী ফর্সেপ্সের সাহায্যে বহিরানীত হয়।

এভিসারেষণ।—যেস্থলে ভ্রূণেব গ্রীবা আক্রমণ ও ছেদন করিতে পারা যায় না, সেস্থলে এভিসাবেষণ অবলম্বন আবশ্যক হইয়া পড়ে। এই প্রক্রিয়া সম্পাদন কবিতে হইলে পার্ফোবেটব দ্বাবা ভ্রূণেব "চেষ্ট" ও "এব্-ডোমেন" বিদাবিত কবিয়া সেই গহ্ববদ্বয়েব আধেয় ছিদ্রপথ দিয়া ক্রমে ক্রমে বাহির কবা আবশ্যক। তাহাব পব কাঁচি দ্বাবা ভ্রূণেব মেরুদণ্ড দ্বিখণ্ড করিয়া কাটিয়া দেহ সহজে বহির্নিঃসাবিত হইতে পাবে। এই উদ্দেশ্য-সাধনের জন্য সময়ে সময়ে "বুন্ট হুক" অথবা ক্রোচেট আবশ্যক হইয়া থাকে। এই সমস্ত যন্ত্র সাবধানে ও নিযমিতরূপে প্রয়োগ না করিলে মাতৃ-অংশে আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা।

ঊনত্রিংশ অধ্যায়।

সিজরিয়ন সেক্‌শন।

সিজরিয়ন সেক্‌শন প্রাসবিক শস্ত্রোপচারকের শেষ অবলম্বন,—যেস্থলে অন্য কোন উপায়ে প্রসব সম্পাদনের সম্ভাবনা থাকে না;—যেস্থলে অপত্যপথ ও ভ্রূণদেহের এরূপ অসামঞ্জস্য যে, ভ্রূণকে খণ্ডিত করিয়াও বহির্নিঃসারিত করিতে পারা যায় না, সেইস্থলেই এই প্রক্রিয়া অবলম্বন করিতে হয়। এই প্রক্রিয়ায় এব্‌ডোমেন ও জরায়ু প্রাচীর বিদারিত করিয়া জরায়ুর আধেয় বহির্নিঃসারিত করিতে হয়।

এককালে সিজরিয়ন সেক্‌শন অতি দুরূহ এবং মাতার পক্ষে অতীব সঙ্কট-জনক বলিয়া পরিগণিত ছিল, কিন্তু শল্যচিকিৎসার প্রকৃষ্ট উন্নতি হওয়াতে এক্ষণে ইহা আর তত বিপজ্জনক নহে। বস্তি সাতিশয় খর্ব্বায়তন না হইলেও আজিকালি জর্ম্মাণ ও ফরাসি প্রসবচিকিৎসকগণ ক্রেনিয়টমী না করিয়া স্থলবিশেষে এই প্রক্রিয়া অবলম্বন করিয়া থাকেন। তাঁহাদের পক্ষে সিজরিয়ন সেক্‌শন চরম অবলম্বন নহে,—কিয়ৎপরিমাণে স্বেচ্ছাধীন প্রক্রিয়া। সিজরিয়ন সেক্‌শনে মাতা ও ভ্রূণ উভয়েরই জীবন রক্ষিত হইতে পারে; কিন্তু এই প্রক্রিয়া অতি উৎকৃষ্ট প্রণালীক্রমে সম্পাদিত হওয়াতে যদিও ইহা দ্বারা মাতার মৃত্যুসংখ্যা পূর্ব্বাপেক্ষা অনেক কমিয়া গিয়াছে, তথাপি এম্ব্রায়টমী দ্বারা প্রসবসাধনে মাতার যত মৃত্যু হইয়া থাকে, তাহা অপেক্ষা ইহাতে মৃত্যু অনেক বেশী হইতে দেখা যায়। এইজন্য ইংলণ্ডের প্রসবচিকিৎসকেরা কেবল মাতার মঙ্গলের প্রতি দৃষ্টি রাখিয়া অন্য দেশস্থ প্রসবচিকিৎসকদিগের ন্যায় সিজরিয়ন সেক্‌শনকে স্বেচ্ছাধীন প্রক্রিয়া বলিয়া পরিগণিত করেন না। যেস্থলে মাতার অপত্যপথ দ্বারা খণ্ডিত ভ্রূণেরও বহির্নিঃসারণ অসম্ভব বলিয়া বোধ হয়, সেই স্থলেই ইহা প্রায় অবলম্বিত হইয়া থাকে।

সিজরিয়ন সেক্‌শনের ইতিবৃত্ত আলোচনা করিতে গেলে দেখিতে পাওয়া যায় যে, অতি প্রাচীন কাল হইতে এই শস্ত্রোপচার চিকিৎসকসমাজে প্রচলিত রহিয়াছে। অস্মদ্দেশে গর্ভিণীর মৃত্যু হইলে এই প্রক্রিয়া আচরিত হইত। তদ্‌যথা :—

"বস্তমার-বিপন্নায়াঃ কুক্ষিং প্রস্পন্দতে যদি।
তৎক্ষণাজ্জন্মকালে তং পাটয়িত্বোদ্ধরেদ্ভিষক্‌॥"

আসন্নপ্রসবা গর্ভিণী বস্তমার কর্তৃক বিপন্ন হইলে যদি তাঁহার কুক্ষি স্পন্দিত হইতে থাকে, তাহা হইলে তৎক্ষণাৎ গর্ভ বিদারিত করিয়া চিকিৎসক সন্তান বাহির করিয়া লইবেন। হিন্দুধর্ম্মশাস্ত্রে এই নিয়ম বিধিবদ্ধ আছে যে, মৃতা গর্ভিণীর অন্ত্যেষ্টি সৎকার করিবার অগ্রে তাঁহার উদর চিরিয়া গর্ভস্থ শিশুকে বাহির করা কর্ত্তব্য। পুরাকালে গ্রীক ও রোমানদিগের মধ্যেও এইরূপ প্রথা প্রচলিত ছিল; রোমীয় নরপতি নূমা স্বরাজ্যের ধর্ম্মশাস্ত্রের সংস্কার সাধন করিয়া এই ব্যবস্থা বিধিবদ্ধ করিয়াছিলেন যে, মৃতা গর্ভিণীর উদর বিদারণ পূর্ব্বক ভ্রূণ নিঃসারিত না করিয়া ঔর্দ্ধদেহিক ক্রিয়া সাধিত হইবে না। ইহা দ্বারা সময়ে সময়ে সজীব ভ্রূণ নিষ্কাশিত হইয়াছে। কথিত আছে, সিপিও এফ্রিকেনস, ম্যানলিয়স ও এণ্ড্রিয়া ডোরিয়া প্রভৃতি কয়েকটী প্রসিদ্ধ ব্যক্তি মৃতা জননীর গর্ভ হইতে নিঃসারিত হইয়াছিলেন। এই বিধান বহুদিবস পর্য্যন্ত ইউরোপের স্থানে স্থানে প্রচলিত ছিল। বর্ণিত আছে, অষ্টাদশ শতাব্দীর মধ্যভাগে সিসিলির জনৈক চিকিৎসক এই বিধি উপেক্ষা করিয়াছিলেন বলিয়া রাজাজ্ঞায় প্রাণদণ্ডে দণ্ডিত হইয়াছিলেন। এদেশে বোধ হয়, এরূপ কঠোর বিধি ছিল না; তবে ধর্ম্মশাস্ত্রে যেরূপ দেখিতে পাওয়া যায়, তাহাতে প্রতীত হয় যে, মৃতা গর্ভিণীর উদর বিদারণ পূর্ব্বক ভ্রূণ নিঃসারিত না করিলে ভ্রূণ-হত্যার প্রায়শ্চিত্ত স্বরূপ কোনরূপ দণ্ড বিহিত হইত।

সিজরিয়ন সেক্‌শন অধুনা যে উন্নতিলাভ করিয়াছে, তাহা বেশী দিনের নহে। জীবিত অবস্থায় সিজরিয়ন সেক্‌শনের অনুষ্ঠান ঠিক কোন্‌ সময় হইতে প্রচলিত হয়, তাহা জানিতে পারা যায়না। তবে এ সম্বন্ধে যাহা কিছু বিশ্বাসযোগ্য বিবরণ পাওয়া যায়, তাহাতে বোধ হয় পঞ্চদশ শতাব্দীর শেষভাগে এই প্রক্রিয়া প্রথম অনুষ্ঠিত হয়। সেই সময় হইতে ইহা ধীরে ধীরে উন্নতিপথে অগ্রসর

হইতে থাকে ; ইহার ক্রমোৎকর্ষের বিরুদ্ধে কত বাধা, কত প্রতিরোধ স্থাপিত হইয়াছে ; কিন্তু বিজ্ঞান তৎসমস্ত অন্তরায় অতিক্রম করিয়া বর্ত্তমান প্রকর্ষ লাভ করিয়াছে।

মাতার মৃত্যুর পর ভ্রূণ কতক্ষণ সজীব থাকিতে পারে, অদ্যাপি তাহা সম্যক্‌রূপে নিরূপিত হয় নাই। কেহ কেহ অনুমান করেন, মাতার মৃত্যুর পর গর্ভস্থ শিশু এক কোয়ার্টারের অধিক জীবিত থাকে না। এই সময়ের মধ্যেই মরণান্তরীয় সিজরিয়ন সেক্শন করা আবশ্যক। যেস্থলে এই সময় অতিক্রান্ত হয়, তথায়ও এই প্রক্রিয়ার অনুষ্ঠান করা ভাল ; কেননা মাতার মৃত্যুর পরও শস্ত্রোপচার করিয়া সময়ে সময়ে জীবিত ভ্রূণ বহির্নিঃসারিত হইয়াছে। এরূপ স্থলে সম্ভবতঃ মাতার জীবন সম্পূর্ণ নিঃশেষিত না হইয়া থাকিবে। বোধ হয় তাহাতেই ভ্রূণ ততক্ষণ জীবিত ছিল।

যে সকল কারণে সিজরিয়ন সেক্শন আবশ্যক, এস্থলে তৎসম্বন্ধে কয়েকটী কথা বলা যাইতেছে ;—বস্তি বিকৃত হইলে, তন্মধ্যে কোন রূপ টিউমার, অথবা অন্য কোন কঠোর প্রতিবন্ধক থাকিলে, যখন অন্য কোন উপায়ে ভ্রূণ নিঃসারণ সম্ভবপর বলিয়া বোধ হয় না তখন এই চরম উপায় অবলম্বন করা একান্ত কর্ত্তব্য। বিকৃত বস্তির মধ্যে অষ্টীওম্যালেকিয়াই প্রধান অন্তরায় ; অন্য প্রকার বিকৃতিতে সচারাচর প্রসবে এত অধিক প্রতিরোধ সাধিত হয় না। ইহার পরেই রিকেট্‌স। অষ্টীওম্যালেকিয়াতে কঞ্জুগেট ব্যাস বর্দ্ধিত হইয়া থাকে, দুইপার্শ্ব ভিতর দিকে প্রবিষ্ট হইয়া আইসে, তাহাতে প্রতি-রোধ বস্তির যে কোন স্থলেই হইতে পারে। স্পণ্ডিলোলিস্থিসিসও বস্তির প্রসর-হ্রাসের একটী প্রধান কারণ। এই সকল বিষয় পূর্ব্বে যথাস্থলে সবিস্তর বর্ণিত হই-য়াছে। অসিয়স প্রকৃতির টিউমার বস্তিগহ্বরে প্রসর কমাইয়া তাহাকে অনেক পরিমাণে বিকৃত করিয়া ফেলে ; তদ্ব্যতীত বস্তিপ্রাচীরে কোন প্রকার দুরূহ প্রকৃ-তির টিউমার উদ্ভূত হইয়া বস্তির পরিসর সাতিশয় কমাইতে পারে। তাহাতেও সিজরিয়ন সেক্শন অপরিহার্য্য হইয়া থাকে। ক্যান্সার ও প্রদাহ জনিত পীড়া জরায়ুমুখে সঞ্জাত হইয়া অসনকে অবিস্ফার্য্য করিয়া ফেলিলে সিজরিয়ন সেক্শন অবশ্যকর্ত্তব্য হইয়া পড়ে। জরায়ুমুখের দৃঢ়তাও সময়ে সময়ে সিজ-রিয়ন সেক্শনের কারণ হইয়া থাকে।

বস্তির কঞ্জুগেট ব্যাস কত ছোট হইলে সিজরিয়ন সেক্শন অবলম্বন করা আবশ্যক, তৎসম্বন্ধে অনেক মত ভেদ দেখিতে পাওয়া যায়। ইংলণ্ড ব্যতীত ইউরোপের অন্যান্য দেশে বস্তির সম্মুখপশ্চাৎ সঙ্কীর্ণতা ২½ হইতে ২ ইঞ্চ হইলেই অনেকে সিজরিয়ন সেক্শন অবলম্বনে অনুমোদন করেন। কিন্তু ইংলণ্ডে যে সকল স্থলে মাতার অপত্যপথ দ্বারা ভ্রূণের বহির্নিঃসারণ কোন রূপেই সম্ভবপর বলিয়া বোধ হয় না; সেই সকল স্থলেই সিজরিয়ন সেক্শন প্রায় অবলম্বিত হইয়া থাকে। পূর্ব্বে বলা হইয়াছে যে, বস্তির সম্মুখপশ্চাৎ প্রসর ১¾ ইঞ্চের অধিক এবং তৎসঙ্গে পার্শ্ব প্রসর সম্যক্ রূপে থাকিলে এম্ব্রায়টমী প্রযোজ্য; কিন্তু সম্মুখ পশ্চাৎ প্রসর ১½ ইঞ্চ হইলে সিজরিয়ন সেক্শন আবশ্যক হইয়া পড়ে। পার্শ্বপ্রসরের সঙ্কীর্ণতা সত্ত্বে সম্মুখপশ্চাৎ প্রসর ১½ ইঞ্চের অধিক থাকিলেও অপত্যপথ দিয়া ভ্রূণ নিঃসারণ করা অসম্ভব হইতে পারে। সেরূপ স্থলে সম্মুখপশ্চাৎ প্রসর ১½ ইঞ্চের অধিক থাকিলেও সিজরিয়ন সেক্শন আবশ্যক। অষ্টীওম্যালেকিয়া-গ্রস্ত বস্তিতে সম্মুখপশ্চাৎ ব্যাস বর্দ্ধিত হইয়া থাকে; কিন্তু তাহার সহিত পার্শ্ব পরিসর এত কমিয়া যায় যে, অনেক স্থলে সিজরিয়ন সেক্শন আবশ্যক হইয়া পড়ে। এই জন্য সিজরিয়ন সেক্শনের উপযুক্ত স্থল নিরূপণ করিবার নিমিত্ত বস্তির সম্মুখপশ্চাৎ ও পার্শ্ব প্রসর উভয়ই ভাল করিয়া পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য।

সিজরিয়ন সেক্শনে মাতার মৃত্যুসংখ্যা অধিক। পূর্ব্বে অন্য অন্য উপায় অবলম্বনে ভ্রূণ নিঃসারণে অকৃতকার্য্য হইলে প্রসবিনী যখন সাতিশয় হীনবল হইয়া পড়িতেন, প্রায় তখনই এই প্রক্রিয়া অবলম্বিত হইত এবং শল্যচিকিৎসা ও অতি নিকৃষ্ট প্রণালীক্রমে সাধিত হইত, তখন ইহাতে মাতার মৃত্যুসংখ্যা সাতিশয় অধিক ছিল। এক্ষণে চিকিৎসাশাস্ত্রের উৎকর্ষ সাধনে এই মৃত্যুসংখ্যার অনেক হ্রাস হইয়াছে। ডাক্তার হেরিসের গণনানুসারে দেখা যায় যে, এই অস্ত্রোপচারে ইংলণ্ডে শতকরা প্রায় ১৬ জন প্রসূতির জীবন রক্ষা হইয়াছে। কিন্তু উপযুক্ত স্থলে ও নিয়মিত সময়ে সিজরিয়ন সেক্শন প্রকৃষ্টপদ্ধতি ক্রমে সম্পাদিত হইলে এই মৃত্যুসংখ্যা যে, কালে অনেক পরিমাণে কমিয়া যাইবে, তদ্বিষয়ে সন্দেহ নাই। আমেরিকায় সিজরিয়ন সেক্শনে শতকরা প্রায় ৪৩ জন প্রসূতিকে বাঁচিতে দেখা গিয়াছে। তথায় কতকগুলি বাচা বাচা স্থলে মৃত্যুসংখ্যা

অতিশয় কম,—এরূপ বাচা বাচা স্থলে প্রতি শতকে ৩।৪ ৭৫টী প্রসূতির প্রাণরক্ষা হইয়াছে। স্বাভাবিক প্রসবে ভ্রূণের বাঁচিবার যত অধিক সম্ভাবনা, এই অস্ত্রোপচারে ভ্রূণের বাঁচিবার সম্ভাবনাও প্রায় সেইরূপই। ইংলণ্ড ব্যতীত ইউরোপের অন্যান্য দেশে—যথায় বস্তি সাতিশয় খর্ব্বায়তন না হইলেও সিজরিয়ন সেক্‌শন অনুমোদিত,—তথায় এই প্রক্রিয়ায় প্রতিশতকে গড়ে ৫৭ জন মাতার প্রাণরক্ষা হইয়া থাকে।

সিজরিয়ন সেক্‌শনে যে সকল রোগিণীর মৃত্যু হয়, সাধারণ দৌর্ব্বল্য, "শ্যক," শোণিতস্রাব, সেপ্টিসিমিয়া, পেরিটোনাইটিস ও মিট্রাইটিস অনেক স্থলে মৃত্যুর কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। কোন কোন স্থলে রোগিণী সাতিশয় দুর্ব্বল হইয়া পড়িলে এই প্রক্রিয়া অবলম্বিত হইয়া থাকে। এরূপ স্থলে ভাবী ফল মঙ্গলকর না হইবারই সম্ভাবনা। এরূপ স্থলে প্রসবজনিত শ্যকেই প্রসূতির মৃত্যু হইতে পারে। এইজন্য দেহের বলক্ষুণ্ণতা অধিক হইবার পূর্ব্বেই শস্ত্রোপচার হওয়া একান্ত বাঞ্ছনীয়। সময়ে সময়ে প্রভূত পরিমাণ শোণিতস্রাব হইয়া মাতার মৃত্যু হইয়া থাকে। শস্ত্রোপচারের পর মিট্রাইটিস ও পেরিটোনাইটিস সমুদ্ভূত হইয়া প্রসূতির জীবন নিঃশেষিত করিতে পারে। এই সকল পীড়া সময়ে সময়ে শস্ত্রোপচারের কয়েক ঘণ্টা—কখন কখন কয়েক দিবস পরে সম্ভূত হয়। সেপ্টিসিমিয়া ও পাইমিয়া হইয়া প্রসূতির মৃত্যু হওয়াও বিরল নহে।

শস্ত্রোপচার।—গর্ভের কোন্ সময়ে সিজরিয়ন সেক্‌শন করা কর্ত্তব্য, অগ্রে তাঁহা স্থির করা আবশ্যক। যেস্থলে চিকিৎসক প্রসববেদনারম্ভের পর আহূত হয়েন, তথায় যত শীঘ্র শস্ত্রোপচার হয়, ততই ভাল। কিন্তু যথায় বেদনা আরম্ভ হইবার পূর্ব্বে সিজরিয়ন সেক্‌শনের প্রকৃত স্থল বলিয়া নির্ণীত হয়, তথায় চিকিৎসকের কি করা কর্ত্তব্য? এরূপ স্থলে অনেকে জরায়ুর স্বতঃ সঙ্কোচনের আরম্ভ প্রতীক্ষা করিতে পরামর্শ দিয়া থাকেন; কেহ কেহ কৃত্রিম উপায়ে জরায়ুর সঙ্কোচন সাধন করিতেও অনুমোদন করেন। কিন্তু যেরূপ স্থলে সিজরিয়ন সেক্‌শন করিতে হয়, তথায় স্থলবিশেষে অকালপ্রসব আনয়ন করা অতি দুঃসাধ্য;—বস্তির বিকৃতি ও সঙ্কীর্ণতা বশতঃ জরায়ু ঊর্দ্ধস্থিত হইলে জরায়ুমুখ সহজে অধিগত হয় না। এরূপ স্থলে প্রসব-বেদনার আরম্ভ

পর্য্যন্ত অপেক্ষা করিতেই হয়। এইজন্য সকল স্থলেই প্রসববেদনার আরম্ভ প্রতীক্ষা করা আবশ্যক; বেদনা আসিলে জলমুচি ভাঙ্গিবার পূর্ব্বেই অস্ত্র-প্রয়োগ করা বিধেয়। জরায়ুমুখ উন্মুক্ত থাকিলে প্রসবান্তে লোকিয়া ও শোণিতক্লট প্রভৃতি নিঃস্রাব্য পদার্থনিচয় জরায়ু হইতে যোনিদ্বারা নিঃসৃত হইতে থাকে। তাহাতে জরায়ুর ইনভলিউশনের ব্যতিক্রম হয় না এবং সেপ্টিসিমিয়া, পাইমিয়া প্রভৃতি পীড়াও সঞ্জাত হইতে পায় না।

রোগিণীকে টেবেলের উপর উত্তানভাবে শায়িত করিয়া ক্লোরফর্ম্ম প্রয়োগ করা আবশ্যক; সেই সময়ে তাঁহার অন্ত্র ও মূত্রাশয়ের নিষ্কাশ্য পদার্থ নিঃসারিত করিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য। ক্লোরফর্ম্ম প্রয়োগে রোগিণীর বমনোদ্রেক হইবার সম্ভাবনা; এই জন্য কেহ কেহ তৎপরিবর্ত্তে ক্লোরমিথাইল প্রয়োগ করিয়া থাকেন। কেহ কেহ বলেন শস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে অস্কল্টেশন দ্বারা পরিস্রবের স্থিতিস্থান নিরূপণ করা উচিত; কিন্তু এই উপায়দ্বারা পরিস্রবের স্থিতিস্থল সকল স্থলে নিশ্চয়রূপে নিরূপিত করিতে পারা যায় না। অস্কল্টেশন দ্বারা জরায়ুর সম্মুখ প্রাচীরে পরিস্রব সংস্থিত বলিয়া বোধ হইলেও তাহা পরিহার করিবার নিমিত্ত এবডোমেন-প্রাচীরে অস্ত্রপ্রয়োগের উপযুক্ত স্থল পরিত্যাগ করা যাইতে পারে না। তবে যথায় পরিস্রব সম্মুখস্থিত বলিয়া বোধ হয়, তথায় জরায়ু-সংচ্ছেদ ঠিক মধ্যস্থলে না করিয়া একটু পার্শ্ব ভাবে করাই যুক্তিযুক্ত। এই সকল বিষয় স্থিরীকৃত হইলে চিকিৎসক নাভিকূপের একটু ঊর্দ্ধস্থান হইতে ইহার তিন ইঞ্চ নিম্ন পর্য্যন্ত "লিনিয়া এল্‌বার" উপর দিয়া একটি বিদার করিবেন। অস্ত্রধারে টিস্থ সমুদায় স্তরে স্তরে ছেদিত হইলে অস্ত্র পেরিটোনিয়মে উপস্থিত হয়; তখন দুইটী অঙ্গুলি প্রবেশিত হইতে পারে তদ্রূপ পরিমাণে পেরিটোনিয়মে একটী ছিদ্র করা উচিত। সেই ছিদ্রে বাম হস্তের দুইটী অঙ্গুলি প্রবেশিত করিয়া অঙ্গুলিদ্বয়ের মধ্য দিয়া ছুরিকা চালিত করা আবশ্যক। এইরূপে পূর্ব্ব বিদারের পূর্ণ পরিমাণে পেরিটোনিয়ম বিদারিত করা কর্ত্তব্য; এই সময়ে অন্ত্রমণ্ডলের কোন অংশ যাহাতে জরায়ুর উপর আসিয়া না পড়ে, এইজন্য দুইজন সহকারী, রোগিণীর দুই পার্শ্বে দাঁড়াইয়া তাঁহার এবডোমেন সাবধানে রক্ষিত করিবেন।

অতঃপর এবডোমেন বিদারের সমান্তরে জরায়ু বিদারিত করা আবশ্যক।

জরায়ু বিদীর্ণ করিবার কালে যাহাতে তাহার বিদার গ্রীবা অথবা ফণ্ডাস পর্য্যন্ত বিস্তৃত না হয়, তদ্বিষয়ে দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য; কেন না জরায়ুর উক্ত দুই প্রদেশেই বৃত্তাকার পৈশিক তন্তু অধিক পরিমাণে বিদ্যমান আছে; সেই সকল স্থল ছেদিত হইলে ক্ষত পরিশেষে ব্যাদিত হইতে পারে। ডাক্তার উইঙ্কেল বলেন, জরায়ুগহ্বর বিদারিত হইলে একজন সহকারী স্বীয় উভয় হস্তের তর্জ্জনীদ্বয় বিদারের দুই কোণে প্রবেশিত করিয়া জরায়ুকে এবডোমেন-প্রাচীরের গায়ে গায়ে তুলিয়া ধরিবেন। জরায়ুকে এবডোমেন-প্রাচীরের গায়ে গায়ে তুলিয়া ধরিলে ছিদ্রপথে অন্ত্র বহির্গত অথবা লাইকার এমনিয়াই ও শোণিত পেরিটোনিয়ম গহ্বরে নিঃসৃত, হইতে পায় না। পরিস্রব ঠিক সম্মুখে থাকিলে অতি সত্বর ভ্রূণ নিঃসারিত করা আবশ্যক; তাহা না করিলে সাতিশয় শোণিতস্রাব হইয়া মাতার জীবন বিপন্ন করিয়া তুলে। পরিস্রব ঠিক সম্মুখে সংস্থিত থাকিলে তাহার ও জরায়ু-প্রাচীরের মধ্যে চিকিৎসক হস্ত প্রবেশিত করিয়া জলথালী আক্রমণ করিবেন এবং জলমুচি ভাঙ্গিয়া দিয়া সন্তান বাহির করিয়া লইবেন। নিঃসারণকালে ভ্রূণের মাথা অথবা স্কন্ধ ধরিয়া বাহির করাই যুক্তিযুক্ত। শিশু সম্পূর্ণরূপে বহির্নিঃসারিত হইতে না হইতে যাহাতে জরায়ু তাহার মাথা অথবা গ্রীবার উপর হঠাৎ সঙ্কুচিত না হয়, সতর্কতা সহকারে তদ্বিষয়ে বিশেষ লক্ষ্য রাখা আবশ্যক। এরূপ অবস্থায় জরায়ু ভ্রূণের মাথা অথবা গ্রীবার উপর সাতিশয় সঙ্কুচিত হইলে, সময়ে সময়ে জরায়ুর বিদারণ বর্দ্ধিত করিয়া ভ্রূণ নিঃসারিত করিতে হয়। ইহার পর পরিস্রব বিযুক্ত করা আবশ্যক; কোন কোন স্থলে জরায়ু আপন হইতে সম্যক্‌রূপে সঙ্কুচিত হইয়া শোণিতস্রাব রোধ করে, তাহাতে বিদারের আয়তনও কমিয়া আইসে। কোন কোন স্থলে ভ্রূণ নিঃসারণের পর জরায়ু আপনা হইতেই সম্যক্‌রূপে সঙ্কুচিত হয় না, এরূপ স্থলে যে যে উপায়ে জরায়ু সঙ্কুচিত হয় তৎসমস্ত উপায় অবলম্বন করা আবশ্যক। ইহার পর সেলাই করিয়া জরায়ু বিদারমুখ বন্ধ করিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য। সেলাই করিবার উদ্দেশে উত্তম এণ্টিসেপ্টিক ক্যাটগট ব্যবহার করাই ভাল; এণ্টিসেপ্টিকগট ব্যবহার করিলে তাহা আর খুলিয়া লইবার আবশ্যকতা থাকে না। রেশম বা রৌপ্যতার ব্যবহার করা যাইতে পারে; রৌপ্যতার অপেক্ষা রেশম অধিক সুবিধাজনক

অবিচ্ছিন্ন সুচার্চ রূপে রেশম ব্যবহৃত হইলে ইহার শেষভাগ জরায়ু-মুখের ভিতর দিয়া যোনির অভ্যন্তরে বাহির করিয়া দেওয়া আবশ্যক ; এরূপ করিলে পরিশেষে সূতা টানিয়া সহজে বাহির করিয়া লওয়া যায়। ইহার পর জরায়ু সম্যক্‌রূপে সঙ্কুচিত এবং শোণিতস্রাব বন্ধ হইলে এবডোমেনের বিদার বন্ধ করিবার পূর্ব্বে দুইটী কার্য্য সম্পন্ন করা আবশ্যক ;—প্রথমে কবোষ্ণ জলে স্পঞ্জ ভিজাইয়া নিঙড়াইয়া লইয়া, পেরিটোনিয়ম গহ্বরে যে কিছু শোণিত বা লাইকার এমোনিযাই প্রস্তুত হয়, তদ্দ্বারা তাহা মুছিয়া লওয়া কর্ত্তব্য ; দ্বিতীয়তঃ অস্ সম্যক্‌রূপে উন্মুক্ত কি না, তাহা দেখা আবশ্যক। জরায়ুমুখ উন্মুক্ত না থাকিলে লোকিয়া নিঃসরণের ব্যাঘাত জন্মায়, তাহাতে বিশেষ অপকার হইবার সম্ভাবনা। জরায়ুমুখ উন্মুক্ত রাখিবার জন্য কেহ কেহ এক টুকরা লিণ্ট অসের মধ্যে প্রবেশিত করিয়া রাখিতে বলেন ; তাহাতে জরায়ু-মুখ উন্মুক্ত থাকে এবং নিঃস্রাব্য পদার্থ বহির্গত হইয়া যায়। জরায়ু সম্যক্‌রূপে সঙ্কুচিত এবং শোণিতস্রাব বন্ধ হইলে এবডোমেনের বিদার সেলাই করিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য।

মরণান্তে সিজরিয়ন সেক্শন করিতে হইলেও নিয়মিত প্রণালীতে শস্ত্রোপ-চার করা উচিত ; কেননা এরূপ বিবরণ দেখিতে পাওয়া যায় যে, গর্ভিণীকে সম্পূর্ণ গতাসু মনে করিয়া চিকিৎসকেরা অস্ত্রপ্রয়োগ করিয়াছেন ; কিন্তু অস্ত্রপ্রয়োগকালে তাঁহার জীবিত-লক্ষণ প্রকাশ পাইয়াছে।

অস্ত্রোপচারের পর চিকিৎসা সম্পূর্ণ এণ্টিসেপ্টিক প্রণালীতে হওয়া আব-শ্যক, এবং যাহাতে কোনরূপ ভাবী বিপৎপাত না হইতে পারে, তদ্বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য। আহার্য্য দ্রব্য লঘু, সুপাচ্য ও বলকারক হইবে। বলক্ষয়তার লক্ষণ প্রকাশ পাইলে উত্তেজক ঔষধ প্রয়োগ আবশ্যক। দিবসের মধ্যে তিন চারি বার ক্যাথিটার দ্বারা মূত্র নিঃসারিত করা বিধেয় এবং অন্ত্র-মণ্ডল যাহাতে কোনরূপে উত্তেজিত না হয়, তদ্বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য। অস্ত্রোপচারের পর অন্ত্র দুই চারি দিবস আবদ্ধ ভাবে থাকাই ভাল। অস্ত্রোপ-চারের পর বেদনা-নিবারণের জন্য অহিফেন প্রয়োগ করা যাইতে পারে ; কিন্তু এই ঔষধি দ্বারা অনেক স্থলে বমন উদ্রিক্ত হয়, এই জন্য ইহা সকল স্থলে প্রয়োগ করা বিধেয় নহে। তবে মিট্রাইটিস ও পেরিটোনাইটিস সমুদ্ভূত

হইলে এই ঔষধিপ্রয়োগ অনিবার্য্য হইয়া উঠে। যে তার দ্বারা এবডোমেন প্রাচীর সেলাই করিয়া দেওয়া হয়, তিন চারি দিন পরে তাহা খুলিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য; কিন্তু এব্‌ডোমেন-প্রাচীর বিস্ফারিত থাকিলে এই বন্ধনী অধিক দিন রাখিতে হয়; তাহা না করিলে অভ্যন্তরীণ চাপে সন্ধিস্থল খুলিয়া যাইয়া সংযুক্ত স্থল আবার বিযুক্ত হইতে পারে। ত্বক্ যত দিন না সম্যক্‌রূপে সংযুক্ত হয়, ততদিন সব বন্ধনীগুলি রাখা আবশ্যক।

পোরোর অস্ত্রোপচার।—সিজরিয়ন সেক্‌শনে মৃত্যুসংখ্যা কমাইবার উদ্দেশে অনেকানেক চিকিৎসক ভিন্ন ভিন্ন প্রকার অস্ত্রপ্রকরণ আবিষ্কৃত করিতে চেষ্টা করিয়াছেন। বিদারিত জরায়ুকে এব্‌ডোমেন মধ্যে রাখিলে পেরিটোনাইটিস, মিট্রাইটিস, সেপ্টিসিমিয়া প্রভৃতি নানাপ্রকার সাত্মাতিক পীড়া উদ্ভূত হইবার সম্ভাবনা অধিক; এইজন্য বিদারিত গর্ভাশয়কে কেহ কেহ উৎকর্ত্তন করিয়া বহির্নিঃসারিত করিতে পরামর্শ দিয়াছেন। ১৭৬৯ খৃষ্টাব্দে ডাক্তার ক্যাভালিনী বোধ হয় সর্ব্বপ্রথম এই অভিনব প্রক্রিয়ার আবিষ্কার করেন; তাহার পর ডাক্তার ব্লাণ্ডেল ১৮২৩—২৮ খৃষ্টাব্দের মধ্যে কতকগুলি সগর্ভা শশকের উদর চিরিয়া পরীক্ষা করেন; তন্মধ্যে কতকগুলির উপর তিনি অস্ত্রোপচার করিয়া উহাদের জরায়ু কাটিয়া বাহির করিয়া লইয়াছিলেন। তাহাতে বেশী সুফল ফলিয়াছিল। বোষ্টন নগরস্থ কোন গর্ভিণীর জরায়ুতে ফাইব্রয়েড টিউমার বশতঃ প্রসবে বাধা উৎপাদিত হওয়াতে ডাক্তার হোর্ভার ১৮৬৯ খৃষ্টাব্দে এবডোমেনপ্রাচীর বিদীর্ণ করিয়া তাঁহার জরায়ু কাটিয়া বহির্নিঃসারিত করেন; কিন্তু তাহাতে প্রসূতির প্রাণ বিয়োগ হইয়াছিল। ১৮৭৪ খৃষ্টাব্দে পিসানগরীর ডাক্তার ফগলিয়াটা কতকগুলি শশকের উপর ঐরূপ অস্ত্রপ্রক্রিয়া অনুষ্ঠান করেন; এবং ইহার সমকালেই পেভিয়ার সুপ্রসিদ্ধ অস্ত্রচিকিৎসক অধ্যাপক পোরো উক্ত প্রকার অস্ত্রোপচার সাধন করিয়াছিলেন। ডাক্তার ফগলিয়াটা ও ব্লাণ্ডেল প্রভৃতি চিকিৎসকগণ যে, এ অভিনব প্রক্রিয়া অবলম্বন করিয়া সন্দর্শন করিয়াছিলেন, অধ্যাপক পোরো তাহা জানিতেন না; তিনি স্বীয় বহুদর্শিতা ও বহুজ্ঞতার সাহায্যে এই সূক্ত অস্ত্রপ্রকরণ অবলম্বন করেন এবং কতকগুলি শশকের উপর পরীক্ষা করিতে থাকেন। তাঁহার অধ্যবসায় ও অনুসন্ধানের বলে এই নবীন অস্ত্রপ্রক্রি

সুদৃঢ় ভিত্তির উপর স্থাপিত হইবা চিকিৎসকসমাজে পরিগৃহীত হইয়াছে। এই জন্য ইহা পোরোর অস্ত্রোপচার নামে আখ্যাত হইয়া থাকে। প্রথম প্রথম এই প্রক্রিয়ায় মৃত্যুসংখ্যা অপেক্ষাকৃত কম হওয়াতে ইহা সিজরিয়ন সেক্শন অপেক্ষা ভাল বলিয়া পরিগৃহীত হইয়াছিল, কিন্তু এক্ষণে চিকিৎসা-শাস্ত্রের সর্ব্বাঙ্গীন উৎকর্ষ সাধনে সিজরিয়ন সেক্শন তত বিপজ্জনক নহে; হয়ত সিজরিয়ন সেক্শন অপেক্ষা পোরোর অস্ত্রোপচারে মাতার মৃত্যুসংখ্যা কম; কিন্তু পোরোর অপারেষণ করিতে গেলে স্ত্রীলোকের সন্তানোৎপাদিকা শক্তি বিনষ্ট হইয়া যায়। এইজন্য এই অস্ত্রপ্রক্রিয়া সিজরিয়ন সেক্শনের পরিবর্ত্তে সকল স্থলেই গৃহীত হইতে পারে না, তবে স্থলবিশেষে ইহা প্রয়োগ করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। জরায়ু প্রাচীরে ফাইব্রো-মায়ামেটা হইয়া প্রসবে বাধা জন্মাইলে এই প্রক্রিয়া দ্বারা জরায়ু নিষ্কাশিত করিলে মঙ্গলকর বলিয়া পরিগণিত হইতে পারে।

এই অস্ত্রপ্রক্রিয়ার প্রারম্ভ প্রকরণ ঠিক সিজরিয়ন সেক্শনেরই ন্যায়; কেবল প্রভেদ এই যে, ভ্রূণ ও পরিস্রব নিঃসারিত হইলে পর সমগ্র জরায়ু উৎকর্ত্তিত ও বহির্নিঃসারিত হইয়া থাকে। এই প্রক্রিয়া এইরূপ;—ভ্রূণ ও পরিস্রব নিঃসারিত হইলে জরায়ুকে এবডোমেনের অভ্যন্তর হইতে তাহার বিদারপথে উত্তোলন পূর্ব্বক গ্রীবার অন্তর্মুখ স্থল বন্ধন করিয়া সমগ্র জরায়ুটী কাটিয়া বাহির করিয়া লওয়া আবশ্যক। পরে "ষ্টাম্প" বা "পেডিকেল" এবডোমেনবিদারের নিম্নভাগে সংস্থিত করিতে হয়। এণ্টিসেপ্টিক প্রণালীতে এই অস্ত্রোপচার অনুষ্ঠিত হওয়া আবশ্যক এবং নিষ্কাশ্য পদার্থের বহির্নিঃসারণের জন্য একটী বা তদধিক ড্রেণেজ-টিউব স্থাপিত হইয়া থাকে। জরায়ুকে বহির্নিঃসারিত করিবার জন্য এই প্রক্রিয়ায় এবডোমেন নিম্নভাগে বেশী পরিমাণে বিদীর্ণ করিতে হয়।

লেপেরো-ইলাইট্রোটমী।—লেপেরো-ইলাইট্রোটমী সিজরিয়ন সেক্শনের পরিবর্ত্তে অবলম্বিত হইয়া থাকে। এই প্রক্রিয়া নিতান্ত নূতন নহে; তবে ইহা এক্ষণে যেরূপ উৎকৃষ্ট পদ্ধতিক্রমে সাধিত হয়, পূর্ব্বে তাহা বিদিত ছিল না; সেই জন্য পূর্ব্বে ইহার আদর ছিল না। ইহার অধুনাতন যে উৎকর্ষ তাহা অনেক পরিমাণে নিউইয়র্কের ডাক্তার টমাস কর্ত্তৃক সাধিত হই-

রাছে। এই প্রক্রিয়ায় পেরিটোনিয়ম অক্ষুণ্ণ রাখিয়া এব্‌ডোমেনের নিম্নপ্রাচীর ও যোনির ঊর্দ্ধভাগ বিদারণ পূর্ব্বক জরায়ুমুখে উপনীত হইতে হয়। জরায়ু-মুখ এইরূপে অধিগত হইলে সিজরিয়ন সেক্‌শনের ন্যায় জরায়ু-প্রাচীর কাটিতে হয় না। জরায়ু-মুখ দিয়াই হাতের টানে এবং আবশ্যক হইলে ফর্সেপ্সপ্রয়োগে অথবা বিবর্ত্তন সাধনে ভ্রূণ নিষ্কাশিত করিতে পারা যায়।

ডাক্তার টমাস যে প্রণালীতে এই অস্ত্রোপচার প্রথমে সম্পাদন করিয়াছিলেন, এক্ষণে ঠিক সেইরূপে হয় না; অধিকতর উন্নত পদ্ধতিক্রমে সাধিত হইয়া থাকে। এই প্রক্রিয়া অবলম্বন করিবার পূর্ব্বে জরায়ু-মুখ সম্যক্‌রূপে বিস্ফারিত না থাকিলে বার্ণসের ব্যাগ অথবা অঙ্গুলি দ্বারা তাহা বিস্ফারিত করা আবশ্যক। তাহার পর রেক্‌টম ও মূত্রাশয়ের নিষ্কাশ্য পদার্থ বহির্নিঃসারিত করিয়া ক্লোরফর্ম দ্বারা রোগিণীকে সংজ্ঞাশূন্য করিতে হয়। বামদিকে সরলান্ত্র থাকাতে এই অস্ত্রোপচার দক্ষিণ পার্শ্বেই হইয়া থাকে। রোগিনীকে টেবিলের উপর উত্তানভাবে শায়িত করিয়া একজন সহকারী তাহার জরায়ু ঊর্দ্ধ ও বাম দিকে ঠেলিয়া ধরিবেন; তাহাতে এব্‌ডোমেনের অপর পার্শ্বের প্রাচীর বিস্তৃত হইয়া পড়িবে। তাহার পর ইলিয়মের সম্মুখোর্দ্ধ স্পাইনের ১ ইঞ্চ ঊর্দ্ধে অস্ত্রপাত আরম্ভ করিয়া ঈষৎ নিম্ন ও বক্রভাবে পুপার্টের লিগামেণ্টের সমান্তরে পিউবিক অস্থির স্পাইনের ১½ ইঞ্চ ঊর্দ্ধ ও কিঞ্চিৎ বহিস্পার্শ্ব পর্য্যন্ত লইয়া যাওয়া আবশ্যক। এই বিদারে ক্রমে ত্বক্ হইতে পেরিটোনিয়মের উপরিস্থিত সমস্ত টিসু স্তরে স্তরে ছেদিত করিতে হয়। ত্বক্, পেশি ও অন্যান্য টিসু এইরূপে স্তরে স্তরে কাটিয়া ট্রান্সভর্সেলিস্ ফেসিয়াতে উপনীত হওয়া আবশ্যক। এই ফেসিয়া একটী ডাইরেক্টরের উপর অতি সাবধানে ও সতর্কভাবে কাটিতে হয়। ইহা ছেদন করিবার সময় ইহার নিম্নস্থিত পেরিটোনিয়মে কোনরূপ আঘাত না লাগে তদ্বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। এই ছেদনে "সুপরফিশিয়াল এপিগ্যাষ্ট্রিক আর্টরী" কাটিয়া যায়। "ডীপ এপিগ্যাষ্ট্রিক আর্টরী" বিদারের অন্তঃ কোণের নিকটে সংস্থিত; এই ধমনীও সময়ে সময়ে কাটিয়া যাইতে পারে। কোন ধমনী কাটিয়া গেলে তাহা বাঁধিয়া দেওয়া আবশ্যক। ট্রান্সভর্সেলিস ফেসিয়া ছেদিত হইলে অঙ্গুলি দ্বারা পেরিটোনিয়মকে এই ফেসিয়া ও ইলিয়াক ফেসিয়া হইতে অতি সাবধানে বিযুক্ত করিয়া যোনির সম্মুখ প্রাচীরের দিকে

অগ্রসর হইতে হয়। পেরিটোনিয়ম বিযুক্ত হইলে একজন সহকারী রোগিণীর বাম পার্শ্বে দাঁড়াইয়া হস্তদ্বয়ের উপর একখানি রুমাল অথবা অন্য কোন পাতলা কাপড় রাখিয়া অভ্যন্তরীণ অন্ত্রমণ্ডলের সহিত ইহাকে ঊর্দ্ধে সংস্থাপিত করিবেন।

যোনিপ্রাচীর সম্যক্‌রূপে প্রকাশিত হইলে একটী যোগ্য ক্যাথিটর মূত্রাশয় মধ্যে প্রবেশিত করা আবশ্যক। যাহাতে সেই ক্যাথিটর যোনি ও মূত্রাশয়ের সীমারেখার উপর ন্যস্ত থাকে, জনৈক সহকারী নিম্ন হইতে এরূপ ভাবে তাহা ধরিয়া থাকিবেন। এক্ষণে স্পেকুলামের অবটুরেটর অথবা সেইরূপ একখানি ভোতা কাঠ যোনিমধ্যে প্রবেশিত করিয়া ইহাকে ইলিওপেক্টিনিয়াল রেখার ঊর্দ্ধে ঠেলিয়া দেওয়া আবশ্যক। তাহার পর এই কাষ্ঠের উপর থার্ম্মকটারী দ্বারা যোনিপ্রাচীরে একটী বিদার করিতে হয়। ডাক্তার প্লেফেয়ার বলেন, ইলিওপেক্টিনিয়াল রেখার সমান্তরে এবং জরায়ুর যতদূর সম্ভব নিম্নে এই বিদার করা আবশ্যক। যাহাতে মূত্রাশয় কোনরূপে আহত না হয়, তজ্জন্য অন্তঃপ্রবেশিত ক্যাথিটার অনুভব করিয়া বিদার করিতে হয়। ডাক্তার গ্যারিগুই বলেন, জরায়ুর ১½ দেড় ইঞ্চ নিম্নে যোনি উক্তরূপে ছেদিত হওয়া আবশ্যক। যোনি উক্তরূপে ছেদিত হইলে উভয় হস্তের তর্জ্জনী এই বিদার মধ্যে প্রবেশিত করিয়া আবশ্যক মত যতদূর সম্ভব সম্মুখ ও পশ্চাদ্ভাগে তাহা ছিঁড়িয়া বাড়াইয়া লওয়া আবশ্যক। থার্ম্মকটারী দ্বারা উক্তরূপে ছিদ্র করিয়া তাহার পর ছিঁড়িয়া না বাড়াইলে যোনিপ্রাচীরে অনেকগুলি রক্তবহা নালী থাকাতে অধিক শোণিতস্রাব হইবার সম্ভাবনা। বিদার সম্যক্‌রূপে বর্দ্ধিত হইলে জরায়ুর ফণ্ডাস বামদিকে নামাইয়া ইহার গ্রীবা বিদারপথে অঙ্গুলি দ্বারা উঁচু করিয়া তুলিয়া ধরিতে হয়। এইরূপে ধরিলে জরায়ুর অভ্যন্তরে হস্ত সহজে প্রবেশিত হইতে পারে। তখন জলমুচি ভাঙ্গিয়া ভ্রূণ ও ফুল বহির্নিঃসারিত করা আবশ্যক।

অনন্তর শোণিতস্রাব হইতে থাকিলে তাহা বন্ধ করিয়া এবং জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত হইয়াছে দেখিয়া বিদারমুখ সেলাই করিয়া দিতে হয়। চিকিৎসাকার্য্য সম্পূর্ণ এণ্টিসেপ্টিক প্রণালীতেই হওয়া আবশ্যক এবং ঔষধাদি প্রয়োগ করিতে হইলে আবশ্যক মত সাধারণ নিয়মে তাহা সম্পাদিত হইয়া থাকে।

যোনির অভ্যন্তর প্রত্যহ তিন চারি বার কোনরূপ এণ্টিসেপ্টিক লোশন দ্বারা ধুয়াইয়া দিতে হয়। সময়ে সময়ে এই শস্ত্রোপচারে যোনিপ্রাচীর হইতে সাতিশয় শোণিতস্রাব হইয়া থাকে। এরূপ হইলে "লিগেচর," "প্লগিং" এবং এমন কি "কটরী" দ্বারা তাহা নিবারণ করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। বিদার সিলাই করিবার পূর্ব্বে মূত্রাশয় আহত হইয়াছে কি না, তাহা নিরূপণ করা আবশ্যক;—আহত হইলে অগ্রে তাহা সিলাই করিয়া দিতে হয়।

এই অস্ত্রোপচার সিজুরিয়ন সেক্শনের ন্যায় মাতার পক্ষে তত বিপজ্জনক নহে। যাঁহারা এই "অপারেষণ" করিয়াছেন, তাঁহারা সকলেই সিজ-রিয়ন সেক্শন অপেক্ষা ইহাকে উৎকৃষ্ট বলিয়া সমর্থন করিয়া থাকেন। কিন্তু ইহাতে শতকরা মৃত্যু সংখ্যা কত, তাহা নিশ্চিতরূপে স্থিরীকৃত হয় নাই।

এই অস্ত্রোপচারের বিবরণ পাঠ করিলে স্পষ্ট প্রতীত হইবে যে, এবডোমে-নের নিম্নাংশে ও যোনীর সম্মুখ প্রাচীরে একটী বিদার করিয়া জরায়ু-মুখ দিয়া ভ্রূণ নিঃসারিত হইয়া থাকে। সমস্ত প্রক্রিয়া পেরিটোনিয়মের বহির্ভাগে সম্পাদিত হয়। এই জন্য যে সকল স্থানে জরায়ু-মুখ বিস্ফারিত করিতে পারা যায় না, অথবা বিদারের পর যথায় জরায়ু-মুখ সহজে অধিগত হয় না, সেরূপ স্থলে এই প্রক্রিয়া অবলম্বিত হইতে পারে না। সেরূপ স্থলে অন্য উপায়ে প্রসব সম্পাদন করিতে হয়। মস্তক বস্তির "ব্রিমে দৃঢ়রূপে আবদ্ধ হইয়া পড়িলে এবং তাহাকে স্থানান্তরিত করিতে না পারিলে যোনি-প্রাচীরে বিদার করিতে পারা যায় না। সেইরূপ কোন প্রকার টিউমার বস্তিগহ্বর বদ্ধ করিয়া ফেলিলে এই কার্য্য সম্পাদন করা অসাধ্য হইয়া পড়ে। জরায়ু-মুখে ক্যানসার অথবা প্রাদাহিক অবস্থা থাকিয়া জরায়ু-মুখকে অবিস্ফার্য্য করিতে পারে।

এই অস্ত্রোপচার এক পার্শ্বেই দুই বার হইতে পারে না; বিদারের ক্ষত সারিয়া গেলে পেরিটোনিয়ম অন্যান্য টিস্যু সমুদায়ের সহিত প্রাদাহিক উপাদানে সংযুক্ত হইয়া যায়;—তৎসমুদায়কে আর বিশ্লেষিত করিতে পারা যায় না।

সিম্ফিসিওটমী।—এই অধ্যায় শেষ করিবার পূর্ব্বে সিম্ফিসিওটমী সম্বন্ধে সঙ্ক্ষেপে গুটিকতক কথা বলা আবশ্যক। সিগল্ট নামা জনৈক ফরাসী চিকিৎসক ছাত্রাবস্থায় এই অস্ত্রপ্রক্রিয়ার প্রস্তাব করিয়া উক্ত নামে অভিহিত করেন। এই প্রক্রিয়া দ্বারা সিম্ফিসিস পিউবিস দ্বিধাবিভক্ত করিয়া ইনমিনেট অস্থিদ্বয় পৃথকীকৃত হইত। এইরূপ করাতে বস্তিগহ্বরের পরিসর বর্দ্ধিত হইতে পারে; কিন্তু তাহা অতি সামান্য; সিম্ফিসিস পিউবিস অধিক পরিমাণে বিস্ফারিত করিতে গেলে সেক্রোইলিয়াক সন্ধি বিচ্ছিন্ন হইবার সম্ভাবনা। অধিকন্তু এরূপ প্রক্রিয়ায় বস্তির তির্য্যক্ ব্যাসই কিয়ৎপরিমাণে বর্দ্ধিত হয়; কিন্তু যে সম্মুখপশ্চাৎ ব্যাস দ্বারা প্রসবে সচরাচর বাধা উৎপাদিত হয়, এই প্রক্রিয়ায় তাহা অতি সামান্য বর্দ্ধিত হইয়া থাকে। প্রথম প্রথম এই প্রক্রিয়া লইয়া ফ্রান্সে ঘোর আন্দোলন উপস্থিত হইয়াছিল; কিছুকাল পরেই তাহা প্রাসবিক শস্ত্রোপচারের শ্রেণী হইতে বিদূরিত হইয়া গিয়াছে।

ত্রিংশ অধ্যায়।

সূতিকাবস্থা।

প্রসবান্তে মাতার দেহ, জরায়ু ও অপত্যপথের সাধারণ অবস্থা যেরূপ থাকে, এবং ক্রমে স্বভাবতঃ তৎসমুদায়ের যে সকল পরিবর্ত্তন হয়, তদ্বিষয়ে প্রসবচিকিৎসক মাত্রেরই সম্যক্ জ্ঞান থাকা আবশ্যক। এই জ্ঞান থাকিলে সূতিকাবস্থার যে সকল পরিবর্ত্তন হয়, তাহা তিনি সম্যক্‌রূপে দেখিতে পান এবং রোগিনীকে কিরূপ নিয়মে রাখিতে হয়, তাহা তিনি সহজে বুঝিতে সক্ষম হয়েন। কোনরূপ অস্বাভাবিক পরিবর্ত্তন ঘটিবার সম্ভাবনা থাকিলে, অথবা ঘটিতে আরম্ভ হইলেই এই জ্ঞানের সাহায্যে তাহা বুঝিতে পারিয়া অচিরে তন্নিবারণোপযোগী উপায় অবলম্বন করিতে পারা যায়। এই সকল বিষয় নিয়মিতরূপে সম্পাদিত হইলে মাতাকে সূতিকাবস্থায় অনেক অনিষ্টপাত হইতে রক্ষা করা যায়, তদ্বিষয়ে কোন সন্দেহ নাই। সূতিকাবস্থায় যে সকল নিয়ম পালন করা আবশ্যক, তৎসমুদায়ের ব্যতিক্রম ঘটিলে মাতার জীবন সময়ে সময়ে বিপন্ন করিয়া তুলে এবং অনেক স্থলে এরূপ পীড়ার কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে যে, তাহা প্রসূতিকে চিরজীবনের জন্য ভুগিতে হয়, অথবা তাঁহার জীবন নিরতিশয় যন্ত্রণাময় হইয়া পড়ে।

ইংলণ্ডে প্রসব-সম্পাদনের ও সূতিকাগারের নিয়মাবলির অনেক পরিমাণে উন্নতি সাধিত হইয়াছে। ডাক্তার ম্যাক্লিণ্টক্‌সের গণনানুসারে উক্ত দেশে এক্ষণে সূতিকাগারে প্রায় এক শত প্রসূতির মধ্যে গড়ে এক জনের মৃত্যু হইয়া থাকে; অস্মদ্দেশে প্রসবান্তে মাতার মৃত্যু-সংখ্যা ইহা অপেক্ষা অধিক; কিন্তু উপযুক্ত তালিকার অভাবে এ সম্বন্ধে ঠিক গণনা করিতে পারা যায় না।

প্রসবান্তে প্রসূতি প্রায়ই কিয়ৎপরিমাণে ক্লান্ত হইয়া পড়েন। প্রসবে কষ্ট না হইলে এই ক্লান্তি আদৌ না থাকিতে পারে; কিন্তু প্রসব বিলম্বিত বা অন্য কোন কারণে শ্রমসাধ্য হইলে প্রসূতিকে দুর্ব্বল করিয়া ফেলে। শোণিতস্রাবও এইরূপ বলক্ষুণ্ণতার একটী প্রধান কারণ। দেহের সাধারণ দুর্ব্বলতার সহিত স্নায়বিক অবসন্নতা অল্প বা অধিক পরিমাণে প্রায়ই লক্ষিত হয়। স্নায়বিক দুর্ব্বলতাবশতঃ প্রসবান্তে অনেক স্থলে সামান্য কম্পন হইতে দেখা যায়। এই কম্পন ক্ষণিক;—ইহা অল্প সময়ের মধ্যেই বিদূরিত হইয়া থাকে।

নাড়ী।—প্রসবান্তে নাড়ীর সংখ্যা কমিয়া আইসে। নাড়ীর এইরূপ ঘনতা-হ্রাস প্রধানতঃ দুইটী কারণের উপর নির্ভর করে; ১ম, ধমনীমণ্ডলের বর্দ্ধিত বাধপ্রবণতা; ২য়, স্নায়বিক অবসাদ। জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত হইলে, ইহার শোণিত-সঞ্চালন সহসা অনেক পরিমাণে রুদ্ধ হইয়া পড়ে; তাহাতে ধমনী-মণ্ডলে শোণিত-চাপ বৃদ্ধি পাইয়া থাকে। শোণিতসঞ্চালনের এই একটি সাধারণ নিয়ম দেখিতে পাওয়া যায় যে, কোন ধমনীর শোণিত-প্রবাহ বন্ধ বা রুদ্ধ করিলে সমগ্র ধমনীমণ্ডলের শোণিতচাপ বাড়িয়া উঠে। সেই বর্দ্ধিত শোণিতচাপের বিরুদ্ধে কার্য্য করিবার নিমিত্ত হৃৎপিণ্ডকে জোরে ও মন্দ গতিতে সঙ্কুচিত হইতে হয়; ইহাতে নাড়ী কঠিন ও মৃদু হইয়া পড়ে, ইহার আয়তনও বাড়িয়া উঠে। সেইরূপ কোন একটী ধমনী বিস্ফারিত হইয়া তন্মধ্যে অধিক শোণিত প্রবাহিত হইতে থাকিলে সঙ্গে সঙ্গে সাধারণ শোণিতচাপও কমিয়া আইসে (১)। তখন হৃৎপিণ্ডকে তত জোরে সঙ্কুচিত হইয়া শোণিত সঞ্চালিত করিতে হয় না; নাড়ী নমনীয় হইয়া পড়ে এবং ইহার আয়তনও কমিয়া যায়। প্রসবান্তে জরায়ু কুঞ্চিত হইয়া পড়িলে, ধমনীমণ্ডলের সেইরূপ অবস্থা লক্ষিত হইয়া থাকে। জরায়ু কুঞ্চিত হওয়াতে ইহার নালী সমুদায় খর্ব্বায়তন হইয়া পড়ে; ইহার শোণিত-সঞ্চালন রুদ্ধ হওয়াতে সমগ্র ধমনীমণ্ডলের শোণিতচাপ বাড়িয়া উঠে; নাড়ী পূর্ব্বাপেক্ষা মৃদু ও কঠিন হইয়া পড়ে; এইজন্য প্রসবান্তে নাড়ীর সংখ্যা কমিয়া যায়; পরে জরায়ুর ইন্‌ভলিউশনের সহিত শোণিত-সঞ্চালনের বাধা কমিয়া যাওয়াতে নাড়ী স্বাভাবিক হইয়া আইসে। জরায়ু কুঞ্চিত থাকিয়া হঠাৎ বিস্ফারিত হইলে

1. Foster's Physiolgy, Page 20.

শোণিত-সঞ্চালনেব বাধা কমিয়া যায়; নাড়ীর সংখ্যা বাড়িয়া উঠে; এইজন্ত সূতিকাবস্থায় নাড়ীব সংখ্যা হঠাৎ বাড়িয়া উঠিলে এবং তৎসঙ্গে জরায়ুর শিথিল ভাব দৃষ্ট হইলে শোণিত-মোক্ষণের সম্ভাবনা বাড়িয়া উঠে। কোন কোন স্থলে নাড়ীর ঘনতা অত্যধিক পবিমাণে কমিয়া যায়; ইহা কমিয়া প্রতি মিনিটে ৫০ এমন কি কথন কথন ৪০ সংখ্যায় নামিয়া আইসে। প্রসবান্তে নাড়ীর ঘনতা-বৃদ্ধি হইলে অতি সতর্কভাবে পর্য্যবেক্ষণ করিয়া তাহার কাবণ নির্ণয় করা আবশ্যক। নাড়ীব ঘনতাবৃদ্ধিব সহিত যদি শাবীর তাপ বর্দ্ধিত হইতে থাকে, তাহা হইলে জ্বরের লক্ষণ বলিয়া স্থির কবিতে হইবে। কিন্তু শারীর তাপ স্বাভাবিক থাকিয়া নাড়ীর সংখ্যা বাড়িয়া উঠিলে শোণিতস্রাব হইতেছে কিনা অতি সতর্কতা সহকাবে তাহা নিরূপণ করা আবশ্যক। সামান্ত স্নায়বিক উত্তেজনায়ও প্রসূতির নাড়ীর ঘনতা বর্দ্ধিত হইতে পাবে। স্নায়বিক কারণে নাড়ীব ঘনতা বৃদ্ধি পাইলে তাহা অধিকক্ষণ স্থায়ী হয় না; স্নায়বিক উত্তেজনা বিদূরিত হইলেই নাড়ীর সংখ্যা কমিয়া আইসে।

শারীর তাপ।—পূর্ব্বে লিখিত হইয়াছে যে, প্রসবকালে শারীর তাপ কিয়ৎ পবিমাণে বর্দ্ধিত হইয়া থাকে; প্রসবান্তেও ইহা কয়েক ঘণ্টা বর্দ্ধিত ভাবে থাকে এবং তাহাব পব স্বাভাবিক হইয়া আইসে। সময়ে সময়ে ইহাকে স্বাভাবিক সীমাব নিম্নেও আসিতে দেখা যায়। তাহার পর আবার অনেক স্থলে ইহা কিয়ৎ পবিমাণে কয়েক দিবস,—বিশেষতঃ বৈকালে বর্দ্ধিত হইয়া থাকে, এই তাপ বৃদ্ধি সম্ভবতঃ জবায়ুব "ইন্‌ভলিউশন" প্রযুক্ত বর্দ্ধিত আণবিক পবিবর্ত্তন বা মৃদুসন্দাহে সাধিত হয়। অজীর্ণতা, অন্ত্রে মলরোধ ও মানসিক উদ্বেগেও শাবীর তাপ কিয়ৎপরিমাণে বাড়িতে পারে। দুগ্ধক্ষরণ আরম্ভকালে শারীর তাপ দুই এক ডিগ্রি বর্দ্ধিত হইতে পারে। প্রসবান্তে প্রায় ৪৮ ঘণ্টার মধ্যেই দুগ্ধক্ষরণ আরম্ভ হয়। এই কারণে তাপ বৃদ্ধি হইলে যখন দুগ্ধ সম্যক্‌রূপে নিঃসারিত হইতে থাকে, তাপ কমিয়া স্বাভাবিক হইয়া আইসে। এই সকল কারণে অল্প তাপ বৃদ্ধি কোনরূপ উদ্বেগের বিষয় নহে। কিন্তু ইহা ক্রমাগত বর্দ্ধিত অবস্থায় থাকিলে, বিশেষতঃ ১০০ ডিগ্রি অতিক্রম করিলে, তাহা কোন আনুষঙ্গিক পীড়া হইতে জনিত কিনা, অনুসন্ধান করিয়া দেখা আবশ্যক।

উত্তব বেদনা।—পূর্ব্বে বলা হইয়াছে, প্রসবান্তে জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত হইলে, ইহা একটী "ক্রিকেট বলের" আকার ধারণ করে। পরে ইহা অল্প অল্প সঙ্কুচিত ও বিস্ফারিত হইতে থাকে। জরায়ুর এই সঙ্কোচন বেদনাকর নহে। কিন্তু অনেক স্থলে জরায়ু মধ্যে মধ্যে সবেদনে সঙ্কুচিত হইয়া থাকে। প্রসবান্তে জরায়ুর এই বেদনাকর সঙ্কোচনকে ইংরাজীতে "আফটর পেন্‌স্" বা উত্তর বেদনা বলা যায়। চলিত ভাষায় ইহাকে হেতাল বা ভেদাল ব্যথা বলে। জরায়ুর অভ্যন্তরে রক্তের চাপ থাকিলে তাহার উত্তেজনায় এই সঙ্কোচন সমুদ্ভূত হয় এবং তাহার নিঃসরণে ইহা অপগত হইয়া যায়। জরায়ুর অভ্যন্তরে প্ল্যাসেণ্টার অথবা মেম্ব্রেণের অবশেষ থাকিলেও উত্তর বেদনা হইতে পারে। স্নায়বিক কারণে উত্তর বেদনা উদ্ভূত হইয়া প্রসূতিকে নিপীড়িত করিতে পারে, কিন্তু এরূপ নিউরেলজিক প্রকৃতির উত্তর বেদনা অতি বিরল।

উত্তর বেদনায় জরায়ুর সঙ্কোচন বিষমভাবে হইয়া থাকে। প্রসবান্তে ইহা উদ্ভূত হইয়া তিন চারি দিবস পর্য্যন্ত থাকিতে পারে; তাহার পর আর প্রায়ই অনুভূত হয় না। এই বেদনাকালে জরায়ু যে সঙ্কুচিত হইতেছে, তাহা বেশ অনুভব করিতে পারা যায়। এই বেদনার সহিত দেহে কোন প্রাদাহিক লক্ষণ থাকে না, এবং এক একটী বেদনার অবসানে জরায়ুর উপর চাপ দিলে কোনরূপ বেদনা অনুভূত হয় না। যেস্থলে জরায়ু সম্যক্‌রূপে আকুঞ্চিত থাকে, তথায় শোণিতস্রাবের সম্ভাবনা কমিয়া যায় এবং ইহার মধ্যে শোণিত জমিয়া "ক্লট" বাঁধিতে না পারাতে উত্তর বেদনা অধিক হইতে পারে না। জরায়ু দৃঢ়ভাবে সঙ্কুচিত থাকিলে ইহার অভ্যন্তরে অধিক বায়ু প্রবিষ্ট হইতে পায় না; তাহাতে বিয়োজন না হওয়াতে সেপ্টিসিমিয়া প্রভৃতি পীড়ার সম্ভাবনা কমিয়া যায়। প্রথম প্রসবিনীদের জরায়ু প্রায়ই দৃঢ়ভাবে সঙ্কুচিত থাকাতে তাহাদিগকে উত্তর বেদনায় অধিক প্রপীড়িত হইতে হয় না, কিন্তু বহুপ্রসবিনীরা জরায়ুর শিথিল সঙ্কোচন প্রযুক্ত প্রায়ই উত্তর বেদনায় অধিক প্রপীড়িত হইয়া থাকেন।

জরায়ুর ইন্‌ভলিউশন।—প্রসবান্তে পরিস্ফুরিত জরায়ু ক্রমে পূর্ব্বাবস্থায় প্রত্যাবৃত্ত হয়। ইহার বর্দ্ধিতায়তন পৈশিক তন্তুসকল অপজনিত

হইয়া নিষ্কাশ্য পদার্থরূপে শোণিতে আশোষিত হইতে থাকে এবং তৎসমুদায়ের স্থলে ক্ষুদ্রায়তন নূতন তন্তু দৃষ্ট হয়। এই সমস্ত অভিনব তন্তু সম্ভবতঃ পুরাতন তন্তুসমূহের অবশেষ হইতে উৎপাদিত হইয়া থাকে। পৈশিক তন্তুর পরিবর্ত্তনের সহিত জরায়ুর অন্যান্য টিস্যুসমুদায়ও অপজনিত হইয়া বিদূরিত হইতে থাকে; তাহাতে জরায়ুর গুরুত্ব ও আয়তন কমিয়া আইসে। জরায়ুর সমস্ত আধেয় নিঃসৃত হইলে পর যখন ইহা দৃঢ়ভাবে আকুঞ্চিত হয়, তখন উহা নাভিস্থলের প্রায় এক ইঞ্চ নিম্নে নামিয়া পড়ে। তাহার পর ইহা উত্তরোত্তর খর্ব্বায়তন হইতে থাকে। ৫।৬ দিবস পরে জরায়ুর ঊর্দ্ধদেশ পিউবিসের প্রায় দুই অঙ্গুলির ঊর্দ্ধে অনুভূত হয়, ১০।১১ দিবসে ইহা এত খর্ব্বায়তন হইয়া পড়ে যে, এব্ডোমেন-প্রাচীরের উপর হস্তস্থাপন করিলে ইহাকে আর অনুভব করিতে পারা যায় না। দ্বিতীয় সপ্তাহে জরায়ুর গুরুত্ব ও আয়তনের হ্রাস সর্ব্বাপেক্ষা অধিক হইয়া থাকে। প্রসবের অব্যবহিত পরেই জরায়ুর গুরুত্ব প্রায় ১½ পাউণ্ড এবং দৈর্ঘ্য ৭½ ইঞ্চ হয়। এক সপ্তাহের মধ্যে ইহার গুরুত্ব কমিয়া ২০ ঔন্সে আসিয়া পড়ে। দ্বিতীয় সপ্তাহের শেষে জরায়ু ওজনে প্রায় ১১ ঔন্স এবং দৈর্ঘ্যে প্রায় ৫ ইঞ্চ হইতে দেখা যায়। জরায়ুর আয়তনের হ্রাসের সহিত ইহার মুখের বিস্তার কমিয়া আইসে ও প্রসবান্তে কয়েক দিবস মাত্র অসের অভ্যন্তরে দুইটী অঙ্গুলি সহজে প্রবেশিত হইতে পারে। প্রসবের এক সপ্তাহ পরে ইহার অন্তর্মুখ পর্য্যন্ত একটীমাত্র অঙ্গুলি চালিত করিতে পারা যায়। জরায়ুর ইন্‌ভলিউশন বা স্বাভাবিক অবস্থায় প্রত্যাবর্ত্তন নিয়মিতরূপে হইলে এক সপ্তাহের পর ইহার অভ্যন্তরে অঙ্গুলি আদৌ প্রবেশিত করিতে পারা যায় না, তবে জরায়ুর মুখ বিচ্ছিন্ন হইলে, অথবা কোন কারণে জরায়ুর "ইন্‌ভলিউশন" সম্যক্‌রূপে সাধিত না হইলে, অধিক দিবস পর্য্যন্ত অসের অভ্যন্তরে অঙ্গুলি চালিত হইতে পারে।

জরায়ুর ঐ সকল পরিবর্ত্তনের সহিত ইহার "মিউকস মেম্ব্রেণেরও" পরিবর্ত্তন হইতে দেখা যায়। প্ল্যাসেণ্টার স্থিতিস্থলের মুক্তরক্তনালী সমূহে শোণিতের জমাট বাঁধিবার কথা পূর্ব্বে লিখিত হইয়াছে। সেই সমস্ত শোণিতকূট যোজক টিস্যুতে পরিণত হইয়া "সাইনস" গুলিকে আবদ্ধ করিয়া ফেলে। ডেসিডুয়ার অধিকাংশ অপজনিত হইয়া লোকিয়ার সহিত নিঃসারিত হইলে ইহার

অবশেষ হইতে অভিনব মিউকস মেম্ব্রেণ উৎসাদিত হয়। জরায়ু এইরূপ খর্ব্বায়তন হইয়া প্রায়ই দ্বিতীয় মাসের শেষে স্বীয় স্বাভাবিক আয়তন পুনঃ প্রাপ্ত হইয়া থাকে। কিন্তু কৌমার ও বন্ধ্যা জরায়ুর সহিত সন্তানোৎসৃষ্ট জরায়ুর আকার ও গঠনের কিছু প্রভেদ থাকিয়া যায়। (১)

প্রসবান্তে যোনি কিয়দ্দিবস শিথিল ও বিস্ফারিত থাকিয়া ক্রমে নিজ পূর্ব্বের অবস্থায় প্রত্যাবৃত্ত হইয়া থাকে, কিন্তু ইহা কুমারী ও বন্ধ্যা রমণীদিগের যোনি অপেক্ষা কিয়ৎপরিমাণে বিস্ফারিত থাকিয়া যায়, ইহার মিউকস মেম্ব্রেণ আর তত পুরু ঘন ঘন স্তরে সজ্জিত থাকে না, এই সঙ্গে ভল্‌ভার স্ফীত ও বিস্ফারিত ভাব অপগত হইয়া পড়ে এবং ইহা স্বভাবিক অবস্থায় প্রত্যাবৃত্ত হয়।

কোন কারণে জরায়ুর স্বাভাকি অবস্থায় প্রত্যাবর্ত্তনে ব্যতিক্রম ঘটিলে ইহার "ইন্‌ভলিউশন" সম্পূর্ণ হইতে বিলম্ব হইয়া থাকে। প্রসবান্তে অল্পদিনের মধ্যেই 'শয্যাত্যাগ' অথবা গৃহকার্য্যে প্রত্যাবর্ত্তন, কিম্বা সন্তানকে স্তন্যদানে তাচ্ছিল্য, কোন কারণে জরায়ুর স্থানচ্যুতি, অথবা ইহাতে প্রাদাহিক ভাবের উদ্ভবন প্রভৃতি অবস্থা অনেকস্থলে এইরূপ সাব-ইন্‌ভলিউশনের কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে।

লোকিয়া।—প্রসবান্তে জরায়ু হইতে যে ক্লেদময় তরল পদার্থ নিঃসৃত হইতে থাকে, তাহাকে "লোকিয়া বলা যায়। এই নিঃস্রব সচরাচর ১০ দিন হইতে তিন সপ্তাহ পর্য্যন্ত থাকে। প্রথম কয়েক দিবস ইহাতে অধিক শোণিত বিদ্যমান থাকাতে ইহা রক্তবর্ণ দেখায়। প্রসবান্তে জরায়ুর অভ্যন্তরে শোণিত "ক্লট" থাকিলে তাহা এই সময়ে বহির্নিঃসৃত হইতে থাকে। জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত না হইলে এই "ক্লট" অধিক হইবার সম্ভাবনা। এই কালে লোকিয়ার সহিত মেম্ব্রেণের অবশেষ ও এপিথিলিয়াল সেলও বিদ্যমান থাকিতে দেখা যায়। তৃতীয় দিবসের পর শোণিতের অংশ কমিয়া যাওয়াতে এবং জরায়ুর অভ্যন্তরে পরিবর্ত্তন সংঘটিত হওয়াতে লোকিয়া পাতলা হইয়া আইসে; ইহার রক্তবর্ণ হ্রাস পাইতে থাকে। সপ্তম ও অষ্টম দিবসে লোকিয়া হরিদ্বর্ণ ধারণ করে। তৎকালে ইহাতে শোণিতাংশের অল্পতা এবং "পস-কর্পস্কেলের"

(১) ২৯ পৃষ্ঠা দেখ।

আধিক্য দেখিতে পাওয়া যায়। পরে শোণিতের অপগমে লোকিয়া "মিউকো-পুরুলেণ্ট" বা শ্লেষ্মপূযময় হইয়া পড়ে। ক্রমে ইহাতে আর পূয থাকে না ;—ইহা শ্লেষ্মাপ্রকৃতি প্রাপ্ত হয়। সচরাচর এই নিঃস্রব তিন সপ্তাহের মধ্যেই রুদ্ধ হইয়া যায়।

লোকিয়ার পরিবর্ত্তন স্বভাবতঃ যেরূপ হইয়া আইসে, তাহাতে ইহা প্রথমতঃ রক্তবর্ণ থাকে, এই অবস্থায় ইহাকে "লোকিয়া রুব্রা" বা "ক্রুয়েণ্টা" বলা যায়। তাহার পর ইহা পাতলা ও সবুজ হইয়া পড়িলে ইহাকে "লোকিয়া সিরোসা" বা "গ্রিণ ওয়াটার্স্" কহে। এই সময়ে ইহাতে এক প্রকার অস্বাস্থ্যকর বিচিত্র দুর্গন্ধ উদ্গত হইয়া থাকে। লোকিয়া বন্ধ হইবার পূর্ব্বে ইহা সাদা শ্লেষ্মময় হইলে ইহা "লোকিয়া এল্বা" নামে বর্ণিত হইয়া থাকে।

অবস্থাবিশেষে লোকিয়ার প্রকৃতি ও পরিমাণের তারতম্য দেখিতে পাওয়া যায়। জরায়ু-গ্রীবায় ক্ষত হইলে, অথবা জরায়ুর ইন্‌ভলিউশনের ব্যতিক্রম ঘটিলে লোকিয়া প্রায় দীর্ঘকাল ধরিয়া রক্তাভবর্ণ থাকিয়া যায় এবং প্রচুর পরিমাণে নির্গত হইতে পারে। কোন কোন প্রসূতির লোকিয়া অতি অল্প পরিমাণে নিঃসৃত হয় এবং অতি অল্পদিন থাকিয়াই বন্ধ হইয়া যায় ; তাহাতে জরায়ুর "ইন্‌ভলিউশনের কোনরূপ ব্যতিক্রম হয় না। কাহার কাহার লোকিয়া দুই এক দিবসের জন্য বন্ধ থাকিয়া আবার প্রকাশ পাইয়া থাকে। সেপ্টিসিমিয়া প্রভৃতি সূতিকাপীড়ায় লোকিয়া প্রায়ই আবদ্ধ হইয়া পড়ে। লোকিয়ার অপ্রতিরুদ্ধ স্বকৃৎ নিঃসরণ প্রসূতির স্বাস্থ্য এবং জরায়ুর স্বাভাবিক ইন্‌ভলিউশনের প্রধান লক্ষণ।

শোণিত ও নিঃস্রবণ প্রস্রবণ।—গর্ভাবস্থায় দেহের অল্প বা অধিক পরিমাণে এনিমিক ও হাইড্রিমিক অবস্থা সঞ্জাত হয় এবং শোণিতে নিষ্কাশ্য পদার্থও অধিক পরিমাণে বিদ্যমান থাকে। প্রসবান্তে জরায়ুর "ইন্‌ভলিউশন" প্রযুক্ত শোণিতে নিষ্কাশ্য পদার্থের পরিমাণ আরও বাড়িয়া উঠে। এতদ্ব্যতীত জরায়ুর উন্মুক্ত সাইনস সমূহ দ্বারা ইহার অভ্যন্তরস্থ নিঃস্রাব্য পদার্থ শোষিত হইবার অধিক সম্ভাবনা ; এই কারণে শোণিত প্রায় সকল স্থলেই অল্প পরিমাণে দূষিত হইয়া পড়ে। দেহের এই অবস্থায় নিঃস্রবণ প্রস্রবণ সমুদায় বর্দ্ধিত হইয়া শোণিতের নিষ্কাশ্য পদার্থ নিচয়কে নিঃসারিত

করিতে থাকে। ত্বক্ অধিক পরিমাণে কার্য্য করে,—রোগিণী সর্ব্বদা প্রভূত স্বেদ-জলে আপ্লুত হইয়া থাকেন; প্রস্রাবেরও পরিমাণ অধিক বৃদ্ধি পায়; কিন্তু কোন কোন স্থলে মূত্রাশয়ের প্যারালিসিস অথবা ইউরিথ্রার প্রদাহিক ভাব থাকাতে প্রস্রাবনিঃসরণে ব্যতিক্রম হয়, মূত্রাশয়ে প্রস্রাব আবদ্ধ হইয়া পড়ে; তখন ক্যাথিটার দ্বারা ইহা নিঃসারিত করা আবশ্যক হইতে পারে। কিন্তু এই মূত্ররোধের কারণ অনেক স্থলে অধিকক্ষণ স্থায়ী হয় না; শীঘ্র প্রস্রাব-প্রণালী স্বাভাবিক অবস্থা পুনঃপ্রাপ্ত হইয়া থাকে। প্রসবান্তে নিম্ন অন্ত্রেরও অধিক বা অল্প পরিমাণে নিষ্ক্রিয়তা দৃষ্ট হয়, এইজন্য এই সময়ে কয়েক দিবসের জন্য প্রায়ই মলরোধ ঘটিতে দেখা যায়।

স্তন্য।—প্রসবান্তে অনেক স্থলে ৪৮ ঘণ্টার মধ্যেই জননীর স্তনদ্বয়ে দুগ্ধ ক্ষরিত হইয়া থাকে,—সময়ে সময়ে ইহাতে আরও বিলম্ব হইতে দেখা যায়। এই দুগ্ধক্ষরণ আরম্ভ হইবার পূর্ব্ব হইতে স্তনদ্বয়ে আর এক প্রকার দুগ্ধ বিদ্যমান থাকে, সেই দুগ্ধ প্রকৃত দুগ্ধের ন্যায় তরল ও নীলাভ সাদা বর্ণের নহে; তাহা ঘন ও হরিদ্রাভ। ইহাতে দুগ্ধের "কর্পাস্কেল্স" এবং বহুসংখ্যক "গ্রান্থুলার কর্পাস্কেল্স" ও ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র "গ্রানিউল্স" বিদ্যমান থাকে। এই দুগ্ধকে "কলষ্ট্রাম" বলা যায়। কলষ্ট্রাম বিরেচক ধর্ম্মান্বিত। ইহার বিষয় স্থানান্তরে বর্ণিত হইবে। দুগ্ধক্ষরণ আরম্ভ কালে শোণিতাধিক্য প্রযুক্ত স্তনযুগল কঠিন, উষ্ণ ও বেদনাযুক্ত হইয়া থাকে; নাড়ী দ্রুতবেগে বহিতে আরম্ভ করে এবং শারীর তাপও দুই এক ডিগ্রি বাড়িতে পারে। দুগ্ধ সম্যক্রূপে নিঃসারিত হইতে থাকিলে এই সকল লক্ষণ অপগত হইয়া যায়। অনেক স্থলে উক্তরূপ স্থানিক ও সার্ব্বাঙ্গিক লক্ষণ আদৌ সঞ্জাত হয় না, অথবা এত সামান্যরূপে হইয়া থাকে যে, তাহাতে প্রসূতির কিছুমাত্র কষ্ট বোধ হয় না।

সকল প্রসূতির দুগ্ধ সমান পরিমাণে নিঃসৃত হয় না; সূতিকাবস্থায় কোন তরুণ পীড়া সঞ্জাত হইলে দুগ্ধ-নিঃসরণ প্রায়ই কমিয়া আইসে;—সময়ে সময়ে বন্ধ হইয়া যায়। এরূপ স্থলে পীড়া অপগত হইলে দুগ্ধ পুনর্ব্বার উদ্ভূত হইতে পারে। কিন্তু পীড়া কঠিন প্রকৃতির,—বিশেষতঃ দীর্ঘকালস্থায়ী হইলে কচিৎ দুগ্ধের পুনরুদ্ভব হইতে দেখা যায়। কাহার কাহার দুগ্ধ স্বভাবতঃ

অল্প। দুগ্ধের অল্পতা বা হ্রাস হওয়াকে ইংরাজিতে "এগ্যালাক্টিয়া" কহে। কাহার কাহার অধিক দুগ্ধ নিঃসৃত হইতে দেখা যায়। কোন কোন প্রসূতির এত অধিক পরিমাণে দুগ্ধ প্রস্রুত হইয়া থাকে যে, শিশু পান করিয়া শেষ করিতে পারে না, একেবারে অধিক দুগ্ধ শিশুর মুখমধ্যে যাওয়াতে তাহার গলাধঃকরণ করিতে কষ্ট হয়, তাহাতে সে দুগ্ধ পান করিতে হাঁপাইয়া উঠে। তৎকালে একটি স্তন টানিলে অন্য স্তনে দুগ্ধ আপনি ফিনিক দিয়া বাহির হইয়া পড়ে। সেরূপ অবস্থায় দুগ্ধের সমস্ত উপাদান বৃদ্ধি না পাইয়া অনেক স্থলে কেবল ইহার জলীয় অংশ বৃদ্ধি পাইতে পারে। দুগ্ধ প্রভূত পরিমাণে নিঃসৃত হইলে তাহাকে "গ্যালাক্টোরিয়া" বলা যায়, গ্যালাক্টোরিয়া হইলে অনেক স্থলে স্বাস্থ্যের ব্যতিক্রম ঘটিয়া থাকে। ইহা অনেক স্থলে দেহের সাধারণ দুর্ব্বলতা ও শোণিতহীনতা উৎপাদন করে। এরূপ স্থলে থাইসিস্ প্রভৃতি কোন পীড়া-প্রবণতা থাকিলে সেই সকল পীড়া প্রকাশ পাইবার সাতিশয় সম্ভাবনা। কাহার কাহার দুগ্ধ প্রথমে অধিক পরিমাণে প্রস্রুত হইতে আরম্ভ করে, তাহার পর আবার শীঘ্র কমিয়া যায়। আবার কাহার কাহার দুগ্ধক্ষরণ মধ্যবিত অবস্থায় অনেক দিবস পর্য্যন্ত থাকিতে পারে। সাধারণতঃ যাহাদিগের স্তনের দুগ্ধোৎপাদক গ্রন্থি অধিক, তাহাদিগের স্তন্য নিয়মিত রূপে অধিক দিবস পর্য্যন্ত থাকিবার সম্ভাবনা। এরূপ স্তন প্রায়ই পিয়ারা ফলের আকৃতি ধারণ করে এবং তাহাতে অধিক পরিমাণে বসা বিদ্যমান থাকে না।

সদ্য প্রসবের লক্ষণাবলি।—আইনসংক্রান্ত প্রশ্নের মীমাংসার জন্য সময়ে সময়ে সদ্যপ্রসূত অবস্থা নিরূপণ করা আবশ্যক হইয়া উঠে। প্রসূতি গোপন করিবার চেষ্টা করিলেও সূতিকাসূচক লক্ষণ দ্বারা তাঁহার প্রকৃত অবস্থা সহজে বুঝিতে পারা যায়। এই অবস্থা প্রসবের পরবর্ত্তী দুই সপ্তাহ কাল পর্য্যন্ত সম্যক্‌রূপে নিরূপিত হইতে পারে। তাহার পরও কতকগুলি লক্ষণ কিয়ৎপরিমাণে বিদ্যমান থাকে; কিন্তু তৎসমুদায়ের উপর নির্ভর করিয়া সকল স্থলে নিশ্চিত মত প্রকাশ করা যাইতে পারে না। সদ্যপ্রসূত অবস্থার পর্য্যবেক্ষণে শিথিল এব্‌ডোমেন-প্রাচীর চিকিৎসকের দৃষ্টিপথে সর্ব্বপ্রথম পতিত হয়, ইহাতে শাদা শাদা রেখা দৃষ্ট হইয়া থাকে। এই সমস্ত শ্বেত

রেখা একবার উদ্ভূত হইলে আর সম্পূর্ণরূপে বিদূরিত হয় না; চিরজীবন ধরিয়া অনেক পরিমাণে থাকিয়া যায। অভ্যন্তরীণ চাপে এব্‌ডোমেন প্রাচীর বিস্ফারিত হওয়াতে এই সকল রেখা উৎপাদিত হইয়া থাকে। এসাইটিস, ওভেরির অর্ব্বুদ প্রভৃতি পীড়ায় এব্‌ডোমেন-প্রাচীর বিস্ফারিত হইলেও ঐই সকল রেখা উদ্ভূত হইতে পারে। প্রসবান্তে জরায়ুর বর্দ্ধিত আয়তন ক্রমে কমিয়া যায। ইনভলিউশন সম্যক্‌রূপে হইতে থাকিলে ১০।১২ দিবসের পর এব্‌ডোমেন-প্রাচীরের দ্বারা ইহা আর অনুভূত হয় না; কিন্তু ইহার পরও কয়েক দিবস পর্য্যন্ত লোকিয়া, সার্ভিক্স, যোনি ও ফোর্সেটের অবস্থা পর্য্যবেক্ষণ করিয়া অনেক স্থলে প্রসূত অবস্থা নিশ্চয় রূপে বুঝিতে পারা যায। প্রথম প্রসবিনীদের ফোর্সেট প্রায়ই বিচ্ছিন্ন হইয়া থাকে। প্রসবান্তে ৫।৬ সপ্তাহ জরায়ু মধ্যে "সৌণ্ড" অনেকটা প্রবেশিত করিতে পারা যায। এই সময়ে জরায়ুর প্রাচীর অতি শিথিল থাকাতে, সাবধানে "সৌণ্ড" প্রবেশিত না করিলে জরায়ু আহত হইবার অধিক সম্ভাবনা।

স্তনযুগল প্রসূত অবস্থার নিরূপণে বিশেষ সহায়তা করে। স্তনযুগল স্ফারিত হইয়া উঠে এবং চুচুক "এরিওলা" দ্বারা বেষ্টিত থাকে। প্রথম প্রসবিনীদিগের এই এরিওলা অতি বিচিত্র। স্তনে দুগ্ধ সম্যক্‌রূপে না থাকিলে ইহার উপর চাপ দিবা মাত্র "কলষ্ট্রম" নিঃসারিত হইতে পারে। এই সকল বিষয় পূর্ব্বে লিখিত হইয়াছে।

চিকিৎসা-প্রকরণ।

প্রসবান্তে প্রসূতিকে সর্ব্বতোভাবে শান্তি সম্ভোগ করিতে দেওয়া এবং অতি সামান্য উত্তেজনা হইতেও তাঁহাকে যথাসাধ্য দূরে রাখা আবশ্যক। প্রসবের তৃতীয় ক্রম সমাপ্ত হইলে জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত হইবার পর পট-বন্ধনীস্থাপন, বসন পরিবর্ত্তন প্রভৃতি কার্য্য সমাপন পূর্ব্বক প্রসূতিকে উপযুক্ত শয্যায় শায়িত করিলে তিনি প্রায়ই ঘুমাইয়া পড়েন, তাহাতে তাঁহার প্রসব-জনিত ক্লান্তি অনেক পরিমাণে বিদূরিত হইয়া যায। তিনি কিয়ৎকাল বিশ্রাম করিলে শিশুকে যথানিয়মে ধৌত ও আচ্ছাদিত করিয়া স্তন্য পানার্থ তাঁহার নিকট স্থাপিত করা আবশ্যক। শিশু স্তন্য পান করিলে জরায়ুর সঙ্কোচনে-

সহায়তা হয় এবং দুগ্ধক্ষরণ শীঘ্র আবর্ত্ত হইয়া থাকে। প্রসবের বিলম্ব, অথবা অন্য কোন কারণে প্রসূতি অধিক দুর্ব্বল হইলে অহিফেন প্রয়োগে উপকার দর্শিতে পারে। এই উদ্দেশে অহিফেনের টিঞ্চার অথবা লাইকার ওপিয়াই সিডেটাইভস ১৫ হইতে ২০ মিনিম পরিমাণে এক মাত্রা সচরাচর প্রয়োজিত হয়। কোন কোন চিকিৎসক প্রসবান্তে সকল স্থলেই একমাত্রা অহিফেন ব্যবস্থা করিয়া থাকেন। অহিফেনের এরূপ অবিচারিত প্রয়োগে জরায়ু-সঙ্কোচনের ব্যতীক্রম হইয়া অনিষ্টোৎপাদন করিতে পারে। দেহের সাধারণ দুর্ব্বলতা অধিক থাকিলে, অহিফেন অল্প অল্প মাত্রায় খাওয়ান ভাল। আবশ্যক বোধে অহিফেনের সহিত আর্গট প্রযোজিত হইতে পারে।

প্রসবের পর প্রথম কয়েক দিবস রোগিনীকে সম্পূর্ণ শায়িত অবস্থাতেই রাখা কর্ত্তব্য; কোন কারণেই তাঁহাকে শয্যা ত্যাগ করিতে দেওয়া উচিত নহে। ডাক্তার প্লেফেয়ার বলেন "ইংলণ্ডের একটু উন্নত পরিবারে প্রসূতি প্রসবান্তে ক্রমাগত ৮।১০ দিন শায়িত থাকেন, তবে এই সময় অতীত হইবার পূর্ব্বে প্রসূতির অবস্থার উন্নতি সম্যক্‌রূপে হইতে থাকিলে তিনি শায়িত অবস্থাতেই এক শয্যা হইতে শয্যান্তরে অথবা নিকটস্থ পর্য্যঙ্কে সরিয়া শয়ন করিতে পারেন। এই সময় গত হইলে জরায়ুর আয়তন অধিক পরিমাণে কমিয়া আইসে; তখন উঠিয়া বসিলে বা দাঁড়াইলে হঠাৎ জরায়ুর কোন প্রকার বিপর্য্যয় হইবার সম্ভাবনা অধিক থাকে না। ডাক্তার প্লেফেয়ারের এই সারগর্ভ বাক্য অতিশয় যুক্তিসঙ্গত। জরায়ুর ইনভলিউশন সম্যক্‌রূপে হইলে এবং তদনুসারে দেহের সাধারণ অবস্থার উন্নতি হইতে থাকিলে ১০।১১ দিন পরে জরায়ু এত ছোট হইয়া আইসে যে, এবডোমেন প্রাচীরের দ্বারা জরায়ু প্রায়ই অনুভূত হয় না। এই সময়ের পর রোগিনীকে সম্পূর্ণ শায়িত অবস্থায় রাখা আবশ্যক করে না। তবে প্রথম কয়েক দিবস যে সকল রোগিনীর জরায়ুর "ইনভলিউশন" সম্যক্‌রূপে হয় না, তাঁহাদিগকে অধিক দিন সম্পূর্ণ শায়িত অবস্থায় রাখিতে হয়। দেহের অবস্থার নিয়মিত উন্নতি হইতে থাকিলে রোগিনী দশ পনর দিনে শয্যা ত্যাগ করিয়া উঠিয়া বসিতে আরম্ভ করিতে পারেন; তাহার পর তিনি অল্প অল্প চলিয়া বেড়াইতে থাকেন। এক মাস অতিক্রান্ত হইলে তিনি স্বাভাবিক অবস্থা অনেক পরিমাণে পুনঃপ্রাপ্ত হয়েন;

কিন্তু তাঁহাকে ক্রমাগত ছয় সপ্তাহ কাল, কখন কখন দুই মাস অতি সতর্কভাবে থাকিতে হয়। এরূপ না করিলে জরায়ুর ইন্‌ভলিউশনে ব্যতিক্রম হইয়া বিশেষ অনিষ্টপাত হইবার সম্ভাবনা;—তাহা ভাবী পীড়ার কারণ রূপে কার্য্য করিয়া থাকে।

সূতিকাবস্থায় দেহের সাধারণ অবস্থার উপর বিশেষ লক্ষ্য রাখা উচিত। এইজন্য অতি সাবধানে প্রসূতির নাড়ী, শরীর-তাপ ও নিঃস্রবণ প্রস্রবণ প্রভৃতি পরীক্ষা করা আবশ্যক। পটবন্ধনী নিয়মিতরূপে বান্ধিয়া দিয়া প্রত্যহ একএকটু করিয়া আরও দৃঢ় করিয়া দিতে হয়। বন্ধনীর চাপ যাহাতে সর্ব্বত্র সমভাবে পড়ে এবং প্রসূতির কোনরূপ কষ্ট না হয়, এরূপ পরিমাণে তাহা দৃঢ় করিয়া দেওয়া উচিত।

উত্তর বেদনা।—জরায়ু সম্যক্‌রূপে কুঞ্চিত থাকিয়া লোকিয়া নিয়মিতরূপে নিঃসৃত হইতে থাকিলে প্রসূতিকে উত্তর বেদনায় অধিক ভুগিতে হয় না। এইজন্য রোগিনীকে শায়িত অবস্থায় রাখিয়া এই সকল কার্য্য সম্পাদন করা চিকিৎসকের প্রধান কর্ত্তব্য। উত্তর বেদনা কিয়ৎ পরিমাণে মঙ্গলকর। ইহা উৎকট না হইলে বন্ধ করা অনাবশ্যক। শোণিতের ক্লট প্রভৃতি যে সকল নিঃস্রাব্য পদার্থ গর্ভাশয়ে অবরুদ্ধ থাকিলে বিযোজিত হইয়া সেপ্টিসিমিয়া প্রভৃতি পীড়া উৎপাদন করিবার সম্ভাবনা, উত্তর বেদনা দ্বারা সেই সকল পদার্থ বহির্নিঃসারিত হইয়া থাকে; এইজন্য সকল স্থলেই ইহা বন্ধ করা উচিত নহে। উত্তর বেদনা অত্যন্ত উৎকট হইলে অহিফেনঘটিত ঔষধ প্রয়োগ করা আবশ্যক; এবং ইহা তীব্রভাবে অনেক ক্ষণ থাকিলে জরায়ু মধ্যে প্ল্যাসেণ্টা ও মেম্ব্রেণের অবশেষ, অথবা শোণিতক্লট অবরুদ্ধ আছে কিনা, তাহা পরীক্ষা করিয়া দেখা উচিত। লোকিয়া প্রচুর পরিমাণে নিঃসৃত না হইলে ফোমেণ্টেশন ও পুল্‌টিশ প্রয়োগ করা কর্ত্তব্য, এরূপ স্থলে লোকিয়া অবাধে নিঃস্রুত হইতে আরম্ভ করিলে উত্তর বেদনা প্রায়ই কমিয়া যায়। কোন কোন রোগিনীর হাইপোগ্যাষ্ট্রিয়ম প্রদেশের উপর অহিফেন বা বেলেডোনা প্রয়োগ করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। কাহার কাহার বেদনা নিউরেলজিয়া প্রকৃতি ধারণ করে; সেরূপ স্থলে কুইনাইন দ্বারা উপকার হইতে পারে। স্নায়ুমণ্ডলের উপর কুইনাইনের অপ্রীতিকর কার্য্য নিবারণ

করিবার জন্য ইহা হাইড্রোব্রোমিক এসিডের সহযোগে ব্যবহার করা বিধেয়।

পথ্য।—প্রসবান্তে রোগিনীর আহারের উপর বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। পূর্ব্বে প্রায় সকল সভ্য দেশেই সূতিকাবস্থার প্রথম কয়েক দিবস একপ্রকার অনশন প্রথা প্রচলিত ছিল। ইংলণ্ডে, যথায় চিকিৎসা প্রণালীর বিশেষ উৎকর্ষ সাধিত হইয়াছে, ডাক্তার প্লেফেয়ার বলেন, তথায় এখনও কোন কোন মাতা ও ধাত্রী প্রসবের পর অনেক দিবস প্রসূতিকে সামান্য মাত্র আহার্য্য দেওয়া আবশ্যক বোধ করেন। সেই অনশন-প্রথা আজিও অস্মদ্দেশে অনেক পরিমাণে প্রচলিত আছে, পূর্ব্বে এদেশে সাধারণতঃ সকলেই প্রথম তিন দিবস চিড়া ভাজা প্রভৃতি শুষ্ক খাদ্য দ্রব্য দিয়া প্রসূতিকে এক প্রকার অনশনে রাখিয়া চতুর্থ দিবসে "চোবাপথ্য" হিসাবে কিঞ্চিন্মাত্র সামান্য আহার্য্য দিতেন। প্রসূতি পঞ্চম দিবসে পাঁচ প্রকার এবং ষষ্ঠ দিবসে ছয় প্রকার তরকারির ব্যঞ্জন অল্প পরিমাণে ভাতের সহিত খাইতে পাইতেন। *সপ্তম দিবসে তাঁহাকে নানা প্রকার আহার্য্য দ্রব্য দেওয়া হইত;* পঞ্চম দিবসের পূর্ব্বে মৎস্যাদি দিবার প্রথা ছিল না, এবং নয় দশ দিন গত না হইলে দুধ দেওয়া হইত না। প্রসূতিকে এরূপ পথ্য দান আজিও বঙ্গের অনেক গৃহস্থের বাটীতে প্রচলিত আছে। প্রসবান্তে রোগিনীর দেহের সাধারণ অবস্থা ভাল থাকিলে সকল স্থলেই এরূপ পথ্যে হয়ত কোন বিশেষ ক্ষতি হয় না; কিন্তু যে স্থলে প্রসূতি গর্ভাবস্থায় রুগ্না অথবা প্রসবান্তে অতিশয় ক্ষুণ্ণবলা হইয়া পড়েন, সেস্থলে পথ্যের এই প্রকার ব্যবস্থা বিশেষ অনিষ্টের কারণ তদ্বিষয়ে কোন সন্দেহ নাই।

প্রসবান্তে রোগিনীর দেহ অল্প বা অধিক পরিমাণে দুর্ব্বল হইয়া থাকে; তাঁহার পরিপাকশক্তিও তদনুসারে কমিয়া যায়; এইজন্য আহার্য্য দ্রব্য সুপাচ্য ও পুষ্টিকর হওয়া আবশ্যক এবং ইহার পরিমাণ পরিপাকশক্তির পরিমাণানুসারে নিরূপিত হওয়া উচিত। এই সময়ে সকল প্রকার দুষ্পাচ্য ও উত্তেজক দ্রব্য পরিহার করা কর্ত্তব্য। প্রথম দুই তিন দিবস তাঁহাকে দুগ্ধ, সাগু, এরোরুট, সুজির রুটি, মুগের ডাউল, মৎস্য ও মাংসের কাথ ইত্যাদি লঘু ও সুপাচ্য আহার খাইতে দেওয়া আবশ্যক। অতিশয় গলা ভাত মাছের ঝোল

অথবা দুগ্ধের সহিত দেওয়া যাইতে পারে। যাঁহাদের চা বা কফি সেবন করা অভ্যাস, তাঁহাদিগকে তাহা এক একবার খাইতে দিলে ক্ষতি নাই। অন্যান্য স্থলেও এতদুভয় দ্রব্যে কোন অপকার হয় না, বরঞ্চ বলকারকরূপে কার্য্য করিয়া উপকার দর্শাইয়া থাকে। আবশ্যক বোধে প্রসূতিকে দুগ্ধের সহিত দুই একটী ডিম্বের ইয়েক মিশাইয়া খাওয়াইবার ব্যবস্থা দেওয়া যাইতে পারে। প্রথম দুই এক দিবস প্রসূতির অন্ত্রমণ্ডল প্রায়ই আবদ্ধ ভাবে থাকে; তৃতীয় দিবসের পর তাঁহার অন্ত্র পরিষ্কৃত হইতে থাকিলে তিনি ক্রমে ক্রমে সাধারণ আহার্য্য দ্রব্য সেবন করিতে পারেন। এই সময় হইতে প্রায়ই তাঁহার ক্ষুধাবৃদ্ধি হইতে আরম্ভ করে; তখন তাঁহাকে ক্রমে ক্রমে মৎস্য, মাংস ও অন্যান্য প্রকার আহার্য্য দ্রব্য যথানিয়মে পাক করিয়া অল্প অল্প পরিমাণে দেওয়া যাইতে পারে। নিয়মিতরূপে ক্ষুধা হইতে থাকিলে প্রসূতির আহার্য্য সুপাচ্য, পুষ্টিকর ও যথেষ্ট পরিমাণে হওয়া আবশ্যক। সাধারণতঃ তাঁহাকে উত্তেজক খাদ্য দ্রব্য আদৌ ব্যবহার করিতে দেওয়া উচিত নহে; তবে যাঁহাদের তাহা সেবন করা অভ্যাস আছে, সকল স্থলে তাঁহাদের পক্ষে তাহা সম্পূর্ণ নিষিদ্ধ নহে। রোগিনী অতিশয় দুর্ব্বল থাকিলে প্রথম হইতেই তাঁহাকে একটু একটু উত্তম "ওয়াইন" পান করিতে দেওয়া যাইতে পারে। ওয়াইনে এল্কহল কম থাকে; ইহা কিছু অধিক পরিমাণে খাওয়াইলেও ক্ষতি হইবার অতি অল্প সম্ভাবনা। আশু উত্তেজনার জন্য ব্রাণ্ডি বিশেষ উপযোগী; ইহা অল্পে অল্পে খাওয়ান আবশ্যক।

সূতিকাগার, শৌচ, শয্যা ইত্যাদি।—প্রসূতির গৃহ শুষ্ক, পরিষ্কার ও উত্তম বায়ু সেবিত হওয়া আবশ্যক; ইহা যত উচ্চস্থানে স্থাপিত হয়, ততই ভাল। গৃহটী যাহাতে কোন দুর্গন্ধময় স্থানের নিকট না হয়, তদ্বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য। শয্যার যে স্থলে প্রসূতির বস্তিদেশ থাকে, সেই স্থল যাহাতে প্রসব-পথ-নিঃসৃত পদার্থে ভিজিয়া না যায়, তদুপযোগী কোনরূপ ওয়াটার প্রুফ চাদর তথায় পাতিয়া দেওয়া উচিত। ওয়াটার প্রুফ চাদরের উপর একখানি সাধারণ কাপড়ের চাদর লম্বালম্বী ভাঁজ করিয়া, তাহার অধিকাংশ গুটাইয়া, অবশিষ্ট উন্মুক্ত অংশ গর্ভিণীর ঠিক বস্তিদেশের নিম্নে পাতিয়া দেওয়া আবশ্যক। চাদরের উন্মুক্ত অংশ নিঃসৃত পদার্থে অনুলিপ্ত হইলে

সেই ভাগ সরাইয়া দিয়া পরিষ্কার অংশ অল্পে অল্পে আবার বস্তিনিম্নে টানিয়া দিতে হয়। এইরূপে একখানি টানা চাদরেই অধিক কার্য্য হইয়া থাকে। এই উপায়ে সমুদায় নিঃসৃত পদার্থের প্রকৃতি ও পরিমাণ সহজে বুঝিতে ও তাহা স্থানান্তরিত করিতে পারা যায়। তাহাতে প্রসূতির শয্যাও সহজে পরিষ্কার থাকিতে পারে। নিঃসৃত পদার্থ যাহাতে কোনরূপে বিযোজিত না হয় এবং যাহাতে কোনরূপ সংক্রামক পীড়া প্রসূতির সংস্রবে না আইসে, তদ্বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। এই সকল উপায়ে যে, রোগিনীর কেবল সুখসৌকার্য্যে সহায়তা করা হয়, এমত নহে, সকল প্রকার "অটো-জেনেটিক" বা স্বদেহজ ও "হিটারজেনিটিক" বা বহির্ভব সংক্রামক পীড়ার আক্রমণ হইতে তাঁহাকে দূরে রাখিতে পারা যায়। এই উদ্দেশ্য সম্যকরূপে সাধন করিবার নিমিত্ত "এণ্টিসেপ্টিক" দ্রব্যাদি নিয়মিতরূপে ব্যবহার করা উচিত। হাঁসপাতালে অনেক রোগী একত্রে সংরক্ষিত থাকে, এইজন্য তথায় এই সকল দ্রব্যাদি নিয়মিতরূপে ব্যবহার করিতে হয়।

সূতিকাগারে প্রবেশ করিবার অগ্রে চিকিৎসকের সর্ব্বতোভাবে "ডিস্ইন্-ফেক্টেড" হওয়া আবশ্যক। পুষারপিরাল জ্বর আলোচনা করিবার কালে এই সকল বিষয় সবিস্তরে লিখিত হইবে। প্রসূতির ধাত্রী ও পরিচারিকার এই সকল বিষয়ে অভিজ্ঞতা থাকা আবশ্যক এবং যে সকল সামগ্রী একবার এক জন প্রসূতি ব্যবহার করেন, অন্য প্রসূতিকে ব্যবহার করিতে দিবার অগ্রে সেগুলি "ডিস্ইন্ফেক্ট্যাণ্ট" দ্রব্য দ্বারা সম্যক্‌রূপে পরিষ্কার করিয়া লওয়া উচিত। বাইক্লোরাইড অব্ মার্করী, পার্মেঙ্গেনেট অব পটাস, বোরিক এসিড, কার্ব্বলিক এসিড, প্রভৃতি "ডিস্ইন্ফেক্ট্যাণ্ট" লোশন্ প্রস্তুত করিয়া তদ্দ্বারা প্রত্যহ ভল্ভা ধৌত করিয়া দেওয়া আবশ্যক। এই সকল দ্রব্যাদির কোন একটী দ্বারা হস্ত পরিষ্কার না করিয়া চিকিৎসক অথবা ধাত্রী যেন কখনই প্রসূতির গুহ্য প্রদেশ স্পর্শ না করেন। ভল্ভাস্থিত প্যাপকিন্ নিয়মিতরূপে বদলাইয়া দেওয়া, নিঃস্রবের পরিমাণ ও প্রকৃতি পরীক্ষা করিয়া দেখা এবং অপরিষ্কৃত বস্ত্রাদি ও সমুদায় নিঃসৃত পদার্থ অচিরে গৃহ হইতে দূরীকৃত করা আবশ্যক। প্রসবের পর হইতেই কোনরূপ "ডিস্ইন্ফেক্ট্যাণ্ট লোশন দ্বারা প্রত্যহ দুই একবার যোনিতে পিচকারী দেওয়া যুক্তিযুক্ত। নিঃসৃত পদার্থে

বিয়োজনেব চিহ্ন থাকিলে ঐরূপে ধৌত কবা অতীব আবশ্যক হইয়া পড়ে; কেননা অপত্যপথে বিযোজন ক্রিযা আবস্ত হইলে অল্প সময়েব মধ্যে তাহা সাতিশয বাড়িয়া উঠে। নিঃস্রব পূতিগন্ধময হইলে জবায়ুর অভ্যন্তব সাবধানে ধৌত কবিয়া দেওয়া আবশ্যক। এই সকল উপায় সত্বব অবলম্বন কবিলে সেপ্টিসিমিয়া প্রভৃতি উৎকট পীড়া উদ্ভূত হইতে পায না। লোকিযাব পবিমাণ হ্রাস পাইলে তাহাব প্রকৃত কাবণ নিরূপণ কবা আবশ্যক। জবায়ুর সম্যক্ ইন্‌ভলিউশন হইবাব পূর্ব্বেই লোকিযা কমিযা যাইলে হাইপোগ্যাষ্ট্রিযম প্রদেশে ফোমেণ্টেশন অথবা পুল্টিশ প্রযোগ কবিতে হয। তাহাতে নিঃস্রব বৃদ্ধি পাইয়া থাকে। যোনিতে কবোষ্ণ জল সিঞ্চন কবিলে অনেক স্থলে লোকিয়া প্রচুব পবিমাণে নিঃসৃত হইতে থাকে। লোকিযাব প্রচুব নিঃসবণ জবায়ুব সম্যক্ ইন্‌ভলিউশনেব একটী প্রদীপ্ত প্রমাণ; ইহা নিয়মিতরূপে নিঃসৃত হইতে থাকিলে রোগিনীব সম্বন্ধে চিকিৎসকেব ভাবনা অনেক পবিমাণে কমিয়া যায।

মূত্রাশয।—প্রসবেব পব কোন কোন রোগিণীব মূত্রাশযেব আধেয় নিঃসাবণেব ক্ষমতা থাকে না। এই বলক্ষুণ্ণতা অল্পক্ষণ স্থাযী হইলে বিশেষ চিকিৎসাব আবশ্যক হয় না, হাইপোগ্যাষ্ট্রিযম প্রদেশে গবম জলের সেক্ অথবা ভল্‌ভাদি গবম জলে ধুয়াইযা দিলে মূত্রাশয় প্রায়ই নিঃসাবক বল পুনর্লাভ কবিযা থাকে; কিন্তু সমযে সমযে ক্যাথিটাব প্রযোগ কবা আবশ্যক হইয়া পড়ে। মূত্রাশয যত দিন না পূর্ব্ব বল পুনর্লাভ কবে, ততদিন প্রত্যহ তিন চারি বাব ক্যাথিটাব প্রযোগ করা আবশ্যক। আর্গট প্রযোগে জবায়ু-সঙ্কোচনেব সহিত মূত্রাশয় কুঞ্চিত হইতে পাবে; তাহাতেও সময়ে সময়ে সুফল লাভ কবা যায। মূত্রাববোধ বশতঃ যদি প্রসব-পথ বা ভল্‌ভা প্রদাহিত অথবা স্ফীত হইয়া উঠে, ফোমেণ্টেশন ও অন্যান্য ঔষধি দ্বাবা তাহার বিদূবণ করা আবশ্যক। কোন কোন স্থলে প্রস্রাব নিয়মিতরূপে নিঃসারিত না হইয়া ইহার "ইনকণ্টিনেন্স" হয়; অর্থাৎ মূত্রাশয় মূত্রপূর্ণ ও নিষ্ক্রিয় অবস্থায থাকে, প্রস্রাব অল্পে অল্পে আপনি বহির্গত হয়; হঠাৎ দেখিলে প্রস্রাব নিয়মিতরূপে নির্গত হইতেছে বলিয়া ভুল হইতে পারে। কিন্তু তৎকালে এব্‌ডোমেন পরীক্ষা কবিলে সে ভুল হইবাব সম্ভাবনা থাকে না।

হাইপোগ্যাষ্ট্রিয়ম প্রদেশে জবায়ু ব্যতিরেকে আর একটী জলপূর্ণ কোমল টিউমাব বিদ্যমান থাকে ; এরূপ স্থলে মূত্রনালীতে ক্যাথিটাব প্রবেশিত করিলেই প্রকৃত অবস্থা সহজেই বুঝিতে পাবা যায় ;—প্রস্রাব নির্গমনে হাইপোগ্যাষ্ট্রিয়মস্থিত কোমল টিউমার অপগত হইয়া থাকে।

অন্ত্র।—প্রসবেব পব দৌর্ব্বল্য প্রযুক্ত অন্ত্র প্রায়ই কয়েক দিবস নিষ্ক্রিয় ভাবে থাকে। এইজন্য দ্বিতীয় অথবা তৃতীয় দিবসে এনিমা অথবা মৃদু বিবেচকের সাহায্যে অন্ত্র পবিষ্কাব করিয়া দেওয়া আবশ্যক। সাবানমিশ্রিত কবোষ্ণ জলেব প্রচুব পবিমাণ এনিমা দ্বাবা এই কার্য্য সাধিত হইতে পারে। কিন্তু বোগিনী ইহাতে আপত্তি কবিলে অথবা অন্য কোন কারণে ইহা প্রয়োগ করিতে না পারিলে অল্প মাত্রায ক্যাষ্টব অইল সেবন করাইতে হয়। এই উদ্দেশে গ্রেণ কতক পিল অথবা একষ্ট্র্যাক্ট কলসিন্থ কম্পৌণ্ড অল্প পরিমাণ হাইওস্নায়ামাসেব সহিত প্রযোগ কবা যাইতে পারে। দুই এক ড্রাম পল্ভ গ্লিসিরাইজা কম্পাউণ্ডের সহিত কযেক মিনিম ক্যাস্‌ক্যাবেডের তরল সার আউন্স দুই ডিল অথবা এনিসিড জলসহ মিশ্রিত কবিয়া ব্যবস্থা কবিলেও সুফল দর্শিবাব সম্ভাবনা। অন্ত্রমণ্ডল এই সময়ে স্বভাবতঃ নিষ্ক্রিয় থাকিলেও মৃদু বিরেচকেব সাহায্যে অতি সহজে তাহাদেব সক্রিয়তা সাধিত হইয়া থাকে ;—এমনকি যাহাদেব স্বভাবতঃ কোষ্টবদ্ধতা আছে, এই সকল সামান্য বিরেচক প্রয়োগে তাহাদেবও প্রচুব পবিমাণে মলনিঃসরণ হইয়া থাকে। স্থলবিশেষে সামান্য বিরেচকের ক্রিয়া এত প্রবল হইয়া উঠে যে, অহিফেনঘটিত ঔষধ দ্বারা তাহা বন্ধ করিতে হয়।

সূতিকাবস্থায় বলকারক ঔষধাদির প্রয়োগও আবশ্যক হইয়া থাকে ; এই উদ্দেশে মিনারেল এসিড, কুইনাইন, কলম্বা ও কোয়াশিয়া প্রভৃতি ব্যবহৃত হইয়া থাকে। এনিমিক অবস্থা বিদ্যমান থাকিলে লৌহঘটিত ঔষধ ও আর্সেনিকে বিশেষ উপকার দর্শিতে পারে। যাঁহাবা স্থান পরিবর্ত্তন করিতে সক্ষম, আবশ্যক হইলে তাঁহাবা প্রসূতিকে কিছুদিনের জন্য স্বাস্থ্যকর স্থানে পাঠাইতে পারিলে বিশেষ উপকাব দর্শিবাব সম্ভাবনা।

একত্রিংশ অধ্যায়।

সদ্যপ্রসূত শিশুর চিকিৎসা ও শুশ্রূষা।

শিশু ভূমিষ্ঠ হইযাই শ্বাস গ্রহণ করিতে থাকে। প্ল্যাসেন্টা বিযুক্ত হইলে অথবা জরায়ু অধিক পরিমাণে কুঞ্চিত হইয়া আসিলে যখন মাতার শোণিত দ্বারা শিশুর শোণিতসংশোধন কার্য্য বন্ধ হইয়া আইসে, তখন শিশুর শোণিত দূষিত হইতে থাকে; সেই দূষিত রক্ত মেড্যালা অবলঙ্গেটার উত্তেজনা সাধন করাতে শ্বাসক্রিযার আরম্ভ হয। বহির্জগতের শীতল বায়ুস্পর্শে ত্বক্ উত্তেজিত হইয়াও এই কার্য্যের সংসাধনে সহায়তা করে। একবার শ্বাসকার্য্য আরম্ভ হইলে তাহা নিয়মিতরূপে হইতে থাকে। নিঃশ্বাস প্রশ্বাস আরম্ভ হইলেই অনেক স্থলে শিশু ক্রন্দন করিয়া উঠে। শ্বাসক্রিয়া সম্যক্‌রূপে না হইলে ক্রন্দনধ্বনি উদ্ভূত হইতে পারে না; এইজন্য শিশুর এই ক্রন্দন দ্বারা ইহার শ্বাসক্রিয়ার সম্যক্ সাধন সূচিত হইয়া থাকে। ইহাতে স্পষ্ট প্রতীত হইতেছে যে সদ্যপ্রসূত শিশুর ক্রন্দন একটী সুলক্ষণ। শিশুর জীবনীশক্তি সম্যক্‌রূপে বিকাশ না পাইলে ইহা বহুক্ষণ মৃদুভাবে শ্বাস লইতে থাকে, ক্রন্দন করিবার ক্ষমতা থাকে না।

কোন কোন স্থলে শিশু ভূমিষ্ঠ হইযা নির্জ্জীববৎ পতিত থাকে; ইহার কিছুমাত্র চেষ্টা ও চৈতন্য দেখা যায় না; তখন ইহার মুখমণ্ডল হয় রক্তহীন ফ্যাকাশিয়া অথবা শোণিতপূর্ণ নীলাভ বর্ণ ধারণ করে। মুখমণ্ডল ফ্যাকাশিয়া ভাব ধারণ করিলে সার্ব্বাঙ্গিক দৌর্ব্বল্য ও নিষ্ক্রিয়তা সূচিত হইয়া থাকে; তৎকালে হৃৎপিণ্ডের স্পন্দনধ্বনি শুনিতে পাওয়া যায় না, অথবা অতি অস্পষ্টরূপে শ্রুত হইয়া থাকে। শিশুর এইরূপ অবস্থা অতি সঙ্কটময় ও এরূপ স্থলে জীবনের আশা অতি সামান্য। মুখমণ্ডল শোণিতপূর্ণ থাকিলে

অনেক স্থলে শ্বাসবোধ, ও শোণিত সঞ্চালনের ব্যতিক্রম ইহার কারণ বলিয়া প্রতীত হয়। এই অবস্থায় জীবনীশক্তি সম্পূর্ণ নিষ্ক্রিয় থাকে না; শিশু শ্বাস গ্রহণে দুর্ব্বল ভাবে চেষ্টা করিতে থাকে এবং হৃৎপিণ্ডের কার্য্য নিস্তেজ ভাবে ধীরে ধীরে হইয়া থাকে। এরূপ স্থলে শ্বাসক্রিয়া সম্যক্‌রূপে বিকাশ পাইলে বিপন্নভাব অপগত হইবার অধিক সম্ভাবনা। প্রসব বিলম্বিত হইলে, বিশেষতঃ শিশুর মস্তক যোনিমধ্যে অনেকক্ষণ আবদ্ধ থাকিলে, অথবা জরায়ু অবিরাম সঙ্কুচিত হইলে শিশুর উপর অধিক চাপ পড়ে এবং শোণিতসঞ্চালনেরও ব্যতিক্রম হয়। দ্বিতীয় ক্রমেই পরিস্রব জরায়ু-প্রাচীর হইতে বিযুক্ত হইলে এবং আর্গট প্রয়োগে জরায়ুর নিরবচ্ছিন্ন আকুঞ্চন সাধন করিলে শিশুর জীবন সঙ্কটাপন্ন হইয়া পড়ে। নাভিরজ্জুর উপর চাপ পড়িলেও শিশুর শোণিতসঞ্চালনের ব্যতিক্রম ঘটে; এবং ইহা শিশুর গলদেশে জড়িত থাকিলে, যদি তাহা ছাড়াইয়া দেওয়া না হয়, শিশুর মস্তিষ্কে শোণিতাধিক্য ও ইহার শ্বাস বন্ধ হইতে পারে।

শিশুর জীবনী শক্তির পূর্ণ বিকাশ না হইলে, যাহাতে সে সহজে শ্বাস গ্রহণ করিতে পারে, তাহাকে তদুপযোগী অবস্থায় স্থাপন করা আবশ্যক,— সেই সঙ্গে তাহার শ্বাসক্রিয়ার উত্তেজনার্থে উপযুক্ত উপায় অবলম্বন করা কর্ত্তব্য। শিশুকে উন্মুক্ত স্থানে স্থাপন করিলে অনেক সময় তাহার শ্বাসকার্য্য সমুত্তেজিত হইয়া উঠে। এই উপায় যদি নিষ্ফল হয়, তবে অচিরে শিশুর মুখে ফুৎকার দান, বক্ষে অথবা পৃষ্ঠদেশে মৃদু করাঘাত, অথবা মুখমণ্ডলে শীতল জলসেচন করা আবশ্যক। ত্বকের উপর ঘর্ষণ করিলেও শ্বাসকার্য্য উত্তেজিত হইতে পারে। এইজন্য ব্রাণ্ডি, লিনিমেণ্ট এমোনিয়া, অথবা লিনিমেণ্ট টেরিবিন্থিনী তাহার বক্ষঃস্থলে ও পৃষ্ঠোপরি মর্দ্দিত হইয়া থাকে। শিশুকে কবোষ্ণ জলে আকণ্ঠ নিমজ্জিত করিয়া তৎক্ষণাৎ তন্মধ্য হইতে উত্তোলন পূর্ব্বক তাহার সর্ব্বাঙ্গে আবার প্রচুর পরিমাণে শীতল জল প্রক্ষেপ করিলে, অথবা তাহার দেহ ঠাণ্ডা জলে ডুবাইলে অনেক স্থলে শিশুর জীবন উদ্রিক্ত হইয়া উঠে। তড়িৎ প্রয়োগেও শিশু উজ্জীবিত হইয়া থাকে। এই সমস্ত চেষ্টা নিষ্ফল হইলে কৃত্রিম উপায় দ্বারা শ্বাসকার্য্য সম্পাদিত করিতে হয়।

উল্লিখিত সমস্ত উপায় অবলম্বন করিবার পূর্ব্বে অনেক সময় নাভিরজ্জু কাটিবার অবসর পাওয়া যায় না। তৃতীয় ক্রম অতীত হইলে শিশুকে ফুল-সমেত স্থানান্তরিত করিতে পারা যায় ;—সত্বর নাড়ী কাটা আবশ্যক হয় না। কিন্তু যেস্থলে ফুল নিঃসাবিত হইবার পূর্ব্বেই কৃত্রিম উপায়ে শ্বাসকার্য্য সম্পাদন করিতে হয়, তথায় নাভিরজ্জু আগে কাটা আবশ্যক। প্ল্যাসেণ্টা জরায়ুপ্রাচীরে সংসক্ত বলিয়া বোধ হইলে কেহ কেহ এরূপ স্থলে নাড়ী না কাটাই ভাল, এরূপ বিবেচনা করিতে পারেন; কিন্তু শিশু বহির্নিঃসৃত হইবার পর জরায়ু কুঞ্চিত হইয়া পড়িলে মাতার শোণিতে প্ল্যাসেণ্টার শোণিত সংশোধন কার্য্য বন্ধ হইয়া আইসে; সেইজন্য এরূপ স্থলে নাভিরজ্জুচ্ছেদনে কোন ক্ষতি হয় না। যেস্থলে শোণিত সঞ্চালনের ব্যতিক্রম বশতঃ শিশুর মুখমণ্ডল শোণিতপূর্ণ নীলাভ বলিয়া প্রতীত হয়, তথায় নাড়ী বাঁধিবার পূর্ব্বে তাহা হইতে ২।১ ড্রাম শোণিত নিঃসাবিত করিয়া দেওয়া ভাল। নাড়ী কাটিলে শিশুকে ইচ্ছামত সুবিধাকর স্থলে রাখিয়া চিকিৎসা করা যাইতে পারে।

জরায়ু মধ্যে অথবা অপত্যপথে শিশুর জীবন সঙ্কটাপন্ন হইয়া পড়িলে সে শ্বাস লইতে উদ্যম করে; তাহাতে এম্নিয়ম, মিউকস প্রভৃতি পদার্থ তাহার মুখগহ্বরে এবং নিশ্বাসপথে প্রবিষ্ট হইতে পারে। এইজন্য মুখগহ্বরে ও ফসিসে নিঃস্রাব্য পদার্থ থাকিলে, শিশুর শ্বাসক্রিয়া উত্তেজিত করিবার সময় তৎসমুদায় অচিরে বাহির করিয়া দেওয়া আবশ্যক।

কৃত্রিম শ্বাসক্রিয়া।

সিল্‌ভেষ্টারের প্রক্রিয়া।—এই প্রক্রিয়ায় শ্বাসকার্য্য সম্পাদন করিবার জন্য শিশুর মস্তক নিম্নে ও স্কন্ধদ্বয় ঈষৎ উন্নত রাখিয়া তাহাকে উত্তান ভাবে শয্যায় শায়িত করা আবশ্যক। শিশুকে এই অবস্থায় রাখিয়া দুই হাতে তাহার দুইটি কনুই ধরিয়া তাহার মাথার দিকে তুলিতে হয়; ইহাতে চেষ্ট-গহ্বর বিস্ফারিত হওয়াতে ফুসফুসে বায়ু প্রবেশিত হইয়া থাকে। তাহার পর শিশুর হস্তদ্বয় আবার নামাইয়া তদ্দ্বারা ইহার বক্ষের দুই পার্শ্বে চাপিয়া ধরিলে চেষ্টগহ্বরের আয়তন কমিয়া যায়; তাহাতে ফুসফুস হইতে বায়ু নিঃসারিত হইয়া থাকে। এক মিনিটের মধ্যে ১৫।১৬ বার এই কৌশল অবলম্বন করা

আবশ্যক। শিশুর হৃৎপিণ্ড অতি মৃদু ও দুর্ব্বল ভাবে সঙ্কুচিত হইতে থাকিলেও এই কৌশলে অনেক স্থলে তাহার জীবনী শক্তি পুনরুদ্রিক্ত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে, আধ ঘণ্টা, তিন কোয়াটার, কোথাও বা এক ঘণ্টাকাল ক্রমাগত কৃত্রিম শ্বাসক্রিয়া সম্পাদন দ্বারা শিশুর অতি সঙ্কটাপন্ন অবস্থা বিদূরিত হইয়াছে। যতক্ষণ হৃৎপিণ্ড অতি মৃদুভাবেও সঙ্কুচিত হয়, ততক্ষণ এই কৃত্রিম উপায়ের পরিচালনা আবশ্যক।

হাওয়ার্ডের প্রক্রিয়া।—এই প্রণালীতে বাম করতলের উপর শিশুর পৃষ্ঠদেশ স্থাপন পূর্ব্বক তাহাকে এরূপ ভাবে তুলিয়া ধরিতে হইবে যেন তাহার মাথাটি চিকিৎসকের বাহুর পার্শ্বে ঝুলিয়া থাকে। তাহার পর দক্ষিণ হস্ত দ্বারা তাহার চেষ্টপ্রাচীর চাপিয়া ধরিলে গহ্বর হইতে কিয়ৎ পরিমাণে বায়ু বহির্গত হইয়া পড়ে, পরে হাত তুলিয়া লইলেই পঞ্জরগুলির স্থিতিস্থাপক ধর্ম্মবশতঃ চেষ্টগহ্বর আবার বিস্ফারিত হইয়া উঠে; তাহাতে ফুসফুসে বায়ু পুনঃ প্রবেশ করে। একবার সুঙ্কাপনের পর চেষ্টগহ্বর আবার বায়ুপূর্ণ হইলে পুনর্ব্বার চাপ প্রদান করিতে হয়।

একটি "গাম ইলাষ্টিক ক্যাথিটার" গ্লটিসের ভিতর প্রবেশিত করিয়া ফুৎকার দিলে ফুসফুস মধ্যে বায়ু চালিত হইতে পারে; তাহার পর চেষ্ট-প্রাচীরের উপর চাপ দিলে, বায়ু বহির্নিঃসারিত হইয়া যায়। উপর্য্যুপরি এই-রূপ প্রক্রিয়া অবলম্বন করিলে শ্বাসক্রিয়া পুনরুদ্রিক্ত হইবার সম্ভাবনা। শিশুর নাসারন্ধ্র অঙ্গুলি চাপে বন্ধ করিয়া মুখগহ্বরে জোরে ফুৎকার দিলে চেষ্ট মধ্যে বায়ু প্রবেশিত হইতে পারে।

শিশুর গাত্রধাবন, সজ্জীকরণ।—নাভিরজ্জু কাটিবার পর সচরাচর শিশুর ভার ধাত্রী অথবা পরিচারিকার হস্তে ন্যস্ত করিয়া চিকিৎসক মাতার উপর সম্পূর্ণ মনোনিবেশ করেন; পরে মাতার প্রতি কর্ত্তব্য নিচয় সাধিত হইলে তিনি শিশুর প্রতি মনোযোগ করিয়া থাকেন। প্রথমে শিশুর গাত্র-ধৌত করিয়া দেওয়া, ইহার নাড়ী সজ্জিত করা ও ইহাকে উপযুক্ত পরিচ্ছদে আচ্ছাদিত করা আবশ্যক। গাত্রধাবনার্থ কবোষ্ণ জল ব্যবহার করিতে হয়। জলমধ্যে শিশুকে আকণ্ঠ নিমজ্জিত করা যাইতে পারে। সদ্যপ্রসূত শিশুর দেহে "ভর্নিক্স কেসিওসা" নামে যে পিচ্ছিল পদার্থ সংলিপ্ত থাকে, তৎসমস্ত

সম্পূর্ণরূপে ধৌত করা একান্ত আবশ্যক নহে। ভর্ণিক্স সহজে প্রক্ষালিত করিবার নিমিত্ত অনেকে অলিভ, নারিকেল প্রভৃতি অনুত্তেজক তৈল শিশুর গায়ে মাখাইয়া স্নাপিত করিয়া থাকেন; কিন্তু এরূপ তৈল নিষেকের কোন বিশেষ প্রয়োজন নাই। শিশুর শরীর সম্যক্‌রূপে প্রক্ষালিত ও পরিশোষিত হইলে ভর্ণিক্স কেসিওসার অবশেষ শুকাইয়া আপনিই খসিয়া পড়ে।

স্নান করাইবার পর খানিকটা পাতলা নরম কাপড়ের এক স্থল একটু পোড়াইয়া একটী ছিদ্র করিয়া সেই ছিদ্র মধ্যে শিশুর নাভিরজ্জুর "ষ্টম্প" প্রবেশন পূর্ব্বক বস্ত্র খানি দ্বারা তাহা জড়াইয়া দেওয়া আবশ্যক। বস্ত্রখণ্ড এইরূপে অগ্নিদগ্ধ হওয়াতে ছিদ্রস্থলে যে অঙ্গার উৎপন্ন হয়, তাহা এণ্টিসেপ্টি-কর্‌রূপে কার্য্য করিয়া থাকে। কিন্তু এই চার্কোলের পরিমাণ অতি অল্প এবং ইহার বিয়োজন নিবারণের ক্ষমতাও অতি সামান্য। বস্ত্র এরূপে না পোড়াইয়া কাঁচি দ্বারা ছিদ্র করিয়া নাভিরজ্জু সজ্জিত করিলেও উদ্দেশ্য সুসম্পন্ন হইতে পারে। তাহার পর নাভির উপরিভাগে একটী নরম কাপড়ের প্যাড স্থাপন করিয়া তদুপরি একটী বন্ধনী দ্বারা শিশুর এব্‌ডোমেন বাঁধিয়া দেওয়া আবশ্যক। "বাইণ্ডারটী" ফ্লানেলের হইলেই ভাল হয়। বন্ধনী দৃঢ়ভাবে বাঁধিলে এব্‌-ডোমেনের উপর চাপ পড়িয়া ডায়াফ্রামের নিম্নাবতরণে বাধা পড়ে, তাহাতে শ্বাসক্রিয়া সম্যক্‌রূপে সাধিত হয় না; এই জন্য তাহা অধিক চাপিয়া বাঁধা উচিত নহে। যতদিন না নাভিরজ্জু শুকাইয়া আপনা হইতে খসিয়া পড়ে, ততদিন শিশুর নাভি প্রত্যহ ঐরূপে সজ্জিত করিয়া দেওয়া আবশ্যক। সাধারণতঃ ৪।৫ দিনেই নাড়ী শুকাইয়া আপনা হইতেই পড়িয়া যায়। নাড়ী শুকাইয়া পড়িয়া গেলে নাভিকূপে কয়েক দিবস ক্ষত থাকিতে পারে। কোনরূপ অনুত্তেজক তৈলে একটু তুলা ভিজাইয়া ঐ ক্ষতের উপর রাখিলেই উহা শীঘ্র সারিয়া যায়;—কোনরূপ ঔষধি আবশ্যক হয় না। ঐ ক্ষতের উপর কোনরূপ উত্তেজক তৈল অথবা সেক তাপ লাগাইলে বিশেষ অপকার হইয়া থাকে;—ইহাতে ক্ষতস্থল উত্তেজিত হইয়া পড়ে এবং অনেক স্থলে টঙ্কার—পেঁচো চোয়ালে—প্রভৃতি পীড়ার কারণ হইয়া থাকে।

নাভিরজ্জু বাঁধিবার পর ইহা হইতে শোণিতস্রাব হইতে পারে; বন্ধনী দৃঢ়রূপে সংস্থাপিত না হইলে, অথবা ইহা খুলিয়া গেলে এইরূপ শোণিতস্রাব

হইয়া থাকে। প্রসবের পর কয়েক ঘণ্টা অতিবাহিত হইলে এই আশঙ্কা অতিশয় কমিয়া যায়; এইজন্য ভাবনার কারণ যতক্ষণ না বিদূরিত হয়, মধ্যে মধ্যে নাভিস্থল পরীক্ষা করা আবশ্যক। শোণিতস্রাব হইলে "ব্যাণ্ডেজটী" ভিজিয়া যায়। শিশুর নাভিবন্ধ হইতে রক্ত প্রস্রুত হইলে সেটী আবার বাঁধিয়া দেওয়া আবশ্যক; প্রথম বন্ধনী শিথিল থাকিলে সেটী না খুলিয়া নাভির দিকে আর একটী বন্ধনী স্থাপন করিলেই হইতে পারে।

জরায়ুমধ্যে শিশু মাতার শরীর-তাপে আচ্ছন্ন থাকে; তখন ইহার শারীর তাপ ও সংবেষ্টক তাপের পরিমাণ সমান। কিন্তু শিশু ভূমিষ্ঠ হইবা মাত্র বহির্জগতের নিম্ন তাপে আসিয়া পড়ে; তাহাতে তাহার শরীর-তাপ অধিক পরিমাণে ক্ষয়িত হইতে থাকে। এইজন্য শিশু ভূমিষ্ঠ হইবা মাত্র তাহাকে উপযুক্ত বস্ত্রাদিদ্বারা আচ্ছাদিত করা একান্ত আবশ্যক। পরিচ্ছদ বহির্জগৎ, অর্থাৎ সংবেষ্টক অবস্থার উপর নির্ভর করে; গ্রীষ্মকালেও সময়ে সময়ে গরম কাপড় আবশ্যক হইয়া থাকে। যাহাতে শিশু অবাধে হস্তপদাদি সঞ্চালন করিতে পারে, এইজন্য তাহার পরিচ্ছদ হাল্কা, গরম ও শিথিল হওয়া আবশ্যক। তাহাকে দৃঢ় পরিচ্ছদে আবৃত করিতে নাই; শিশুদিগের সমস্ত কাপড় সূত্র দ্বারা আবদ্ধ রাখিলেই ভাল হয়; তাহাদিগের পরিচ্ছদে কোনরূপে আল্পিন বিদ্ধ রাখা অনুচিত। শিশুর হস্তপদ ও স্কন্ধ আবৃত এবং একমাত্র মস্তক অনাবৃত রাখা আবশ্যক। শিশুর মলমূত্র গ্রহণের নিমিত্ত তাহার শ্রোণি-ফলের নিম্নে যে মোটা কাপড় দেওয়া হয়, তাহা একবার দূষিত হইলেই তৎ-ক্ষণাৎ পরিবর্ত্তন করিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য।

শিশুর শরীর পরিষ্কার রাখিবার জন্য ইহাকে নিয়মিতরূপে স্নান করান আবশ্যক। স্নান করাইবার সময় ইহার শারীর তাপ অধিক পরিমাণে ক্ষয়িত না হয়, এইজন্য কবোষ্ণ জল ব্যবহার করাই বিধেয়। এদেশে গ্রীষ্মকালে জলের উত্তাপ স্বভাবতঃ যেরূপ থাকে, সুস্থ শিশুকে সেই জলেই স্নান করান যাইতে পারে। কিন্তু শীতকালে জল কিয়ৎপরিমাণে গরম করিয়া লওয়া আবশ্যক। এদেশে লোকে শিশুকে স্নান করাইবার জল সাধারণতঃ রৌদ্রে গরম করিয়া লইয়া থাকেন। চারি পাঁচ মিনিটের অধিক শিশুকে জলসিক্ত রাখা উচিত নহে। তাহার পর তাহার গাত্র মুছাইয়া উপযুক্ত বস্ত্রাদি দ্বারা

আচ্ছাদিত করিয়া দেওয়া আবশ্যক। শিশু সুস্থ থাকিলে প্রথম প্রথম কয়েক দিবস তাহাকে একবার করিয়া স্নান করাইয়া দিলেই হইতে পারে; তাহার পর আবশ্যক বোধে সর্ব্বশরীর প্রত্যহ আরও একবার ধুয়াইয়া দিলে ক্ষতি নাই। যাহাদের স্বাস্থ্য ভাল নহে, তাহাদের নিয়মিত স্নান নিষিদ্ধ; কিন্তু আবশ্যক মত তাহাদেরও শরীর মধ্যে মধ্যে কবোষ্ণ জলে অতি সাবধানে পরিষ্কার করিয়া দেওয়া আবশ্যক। শিশুর শরীর পরিষ্কার না থাকিলে নানা প্রকার চর্ম্ম-রোগে আক্রান্ত হইতে পারে। তাহার গাত্র ধুয়াইয়া ও মুছাইয়া দিবার নিমিত্ত যে সমস্ত স্পঞ্জ ও বস্ত্রাদি ব্যবহৃত হয়, তৎসমুদায়ও পরিষ্কৃত রাখা আবশ্যক। তাহা না হইলে তদ্দ্বারা শিশু কোনরূপ সংক্রামক পীড়ায় আক্রান্ত হইতে পারে। এই সকল প্রয়োজনীয় বিষয়ে অনবধান বশতঃ অনেক স্থলে শিশুকে অপ্‌থ্যাল্মিয়া রোগের আক্রমণে পাতিত করা হয়।

এদেশের পক্ষে তৈল মাখাইয়া স্নান করাইবার প্রথা মন্দ নহে; ইহা দ্বারা অনেক স্থলে ত্বকের উৎকর্ষ সাধিত হইয়া থাকে। তৈল মাখাইয়া স্নান একবার অভ্যস্ত হইলে বহির্জ্জগতের প্রভাবে পীড়া হইবার সম্ভাবনা কমিয়া যায়। প্রথম প্রথম এরূপ স্নান অতি সাবধানে ও সতর্ক ভাবে হওয়া আবশ্যক; তাহা না হইলে ইহা বিশেষ অনিষ্টোৎপাদনের কারণ হইতে পারে। নিয়মিতরূপে তৈল মাখাইয়া স্নান করাইতে অনেক সময় লাগে; তাহাতে দেহের তাপ ক্ষয় হইয়া অনিষ্টোৎপাদিত হইবার সম্ভাবনা। উত্তেজক তৈলে চর্ম্মরোগ হইতে পারে এবং তাহা চক্ষে লাগিলে অনেক স্থলে কঞ্জাঙ্কটাইভায় শোণিতাধিক্য উৎপাদন করে। এইজন্য মৃদু তৈল ব্যবহার করাই যুক্তিযুক্ত। গ্রীষ্মকালে এ বিষয়ের উপর বিশেষ দৃষ্টি রাখিতে হয়। এই কালে সময়ে সময়ে তৈলের সামান্য উত্তেজনায় শিশুর ত্বক্ সাতিশয় উত্তেজিত হইয়া থাকে। দেহ দুর্ব্বল, অথবা পীড়াপ্রবণ থাকিলে তৈল না মাখাইয়া স্নান করানই ভাল। গাত্র পরিষ্কার রাখিবার জন্য মধ্যে মধ্যে কেবল কবোষ্ণ জলে গাত্র ধৌত করিয়া দিলেই হইতে পারে।

স্তন্যদান।—প্রসূতি কিয়ৎকাল বিশ্রাম করিলে শিশুকে যথানিয়মে ধৌত ও আচ্ছাদিত করিয়া স্তন্যপানার্থ তাঁহার পার্শ্বে স্থাপিত করা আবশ্যক।

স্তন্যদান জরায়ুর সঙ্কোচনে সহায়তা করিয়া থাকে এবং দুগ্ধক্ষরণ শীঘ্র আরম্ভ হয়। মাতার স্তন হইতে প্রথম প্রথম যে পীতাভ দুগ্ধ নিঃসৃত হয়, তাহাকে "কলষ্ট্রম" বলা যায়। "কলষ্ট্রম" বিরেচক ধর্ম্মান্বিত। এইজন্য ইহার পানে শিশুর অন্ত্রস্থিত "মিকোনিয়ম" নামক গাঢ় হরিৎ তরল মল নিঃসৃত হইয়া থাকে। প্রসবান্তে দুই এক দিবসের মধ্যেই শিশু যদি স্তন্যপান করিতে পায়, তাহা হইলে অপর কোন বিরেচক আবশ্যক হয় না। বিরেচক দিতে হইলে ক্যাষ্টর অইল দেওয়াই সর্ব্বাপেক্ষা ভাল। ক্যাষ্টর অইল ২০।৩০ মিনিম মাত্রায় দেওয়া আবশ্যক। এই ঔষধির সহিত চারি পাঁচ বিন্দু মধু মিশাইয়া শিশুর জিহ্বার উপর অল্প অল্প লাগাইয়া দিলে ইহা সহজেই খাওয়াইতে পারা যায়;— শিশু ইহা চাটিয়া চাটিয়া খাইয়া ফেলে। ইহার সহিত দুগ্ধাদি মিশাইয়া পাতলা করিবার আবশ্যক হয় না। যেস্থলে মলবন্ধের সহিত অন্ত্রের উত্তেজিত ভাব থাকে, অতি অল্প পরিমাণে ক্যাষ্টর অইল খাওয়াইলেই যথেষ্ট হয়। এরূপ স্থলে অনেক সময় ফোটাকতক মধু দুগ্ধের সহিত মিশাইয়া খাওয়াইলেই হইতে পারে; ক্যাষ্টর অইল খাওয়াইবার দরকার হয় না।

শিশুর আহার্য্য দ্রব্য সম্বন্ধে এই স্থলে গুটিকতক কথা বলা যাইতেছে। শরীর সুস্থ রাখিবার জন্য মিশ্র খাদ্য আবশ্যক। সেই মিশ্র খাদ্যে আবশ্যক-মত কোন একটী নির্দ্দিষ্ট পরিমাণে শরীরপোষক ও তাপোৎপাদক উপাদান এবং জল ও কতকগুলি লবণ থাকা আবশ্যক। কি মানব, কি ইতর জীব,— সকল প্রাণীরই স্তন্যে এক একটী নির্দ্দিষ্ট পরিমাণে ত্রিবিধ বিধানের আহার্য্যের সংমিশ্রণ দেখিতে পাওয়া যায়। দুগ্ধে কেসিন এল্‌বুমেন রূপে, মাখন বিবিধ প্রকার চর্ব্বির সমষ্টিরূপে, অঙ্গারজলীয় পদার্থ শর্করারূপে এবং সোডা, পটাশ, লাইম ও ম্যাগ্‌নেশিয়া প্রভৃতি পদার্থ নানা প্রকার লবণরূপে সংমিশ্রিত আছে। এই বিষয় সহজ ও বিশদ করিবার নিমিত্ত ডাক্তার পেইনের সন্দর্শানুসারে নিম্নে দুগ্ধের উপকরণসমূহের একটী তালিকা প্রদত্ত হইল। সচরাচর যে সকল দুগ্ধ ব্যবহৃত হইয়া থাকে, তৎসমুদায়ে শতকরা ঐ সকল উপাদানের যে পরিমাণ লক্ষিত হয় তাহাই লিখিত হইল :—

ডাক্তার পেইমের সন্দর্শনানুসারে।

দুগ্ধের প্রকার।	প্রতি ১০০ অংশে।		কঠিন পদার্থ।		
	জল।	কঠিন পদার্থ।	চর্ব্বি।	এলবুমেন।	শর্কর ও লবণাদি
মানবী …	৮৯·৫৪	১০·৪৬	৩·৩৪	৩·৩৫	৩·৭৭
গাভী …	৮৬·৪০	১৩·৬০	৩·৭০	৪·৫৫	৫·৩৫
ছাগী …	৮৫·৬০	১৪·৪০	৪·১০	৪·৫০	৫·৮০
গর্দ্দভী	৯০·৫০	৯·৫০	১·৪০	১·৭	৬·৪০

উপরি-অঙ্কিত তালিকায় দৃষ্টি নিক্ষেপ করিলে স্পষ্ট প্রতীতি হইবে যে, গর্দ্দভী ও মানবীর দুগ্ধে জলীয় অংশ প্রায়ই সমান পরিমাণে এবং তাহা গাভী ও ছাগ-দুগ্ধের জলভাগ অপেক্ষা অনেক বেশী। কিন্তু ছাগ-দুগ্ধে কঠিন পদার্থ সর্ব্বাপেক্ষা অধিক, গাভীর দুগ্ধে তাহা অপেক্ষা কম, তন্নিম্নে মানবীর এবং সর্ব্বনিম্নে গর্দ্দভীর দুগ্ধ। ছাগ-দুগ্ধে কঠিন পদার্থ সমষ্টিতে বেশী বটে, কিন্তু স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যাইতেছে যে, গাভী-দুগ্ধে অ্যাল্‌বুমেন বা নাইট্রোজেন-প্রধান অংশ সর্ব্বাপেক্ষা অধিক; এতৎসম্বন্ধে গর্দ্দভের দুগ্ধ সর্ব্বনিম্ন এবং মানবীর দুগ্ধ তাহার অব্যবহিত উপরিস্থিত। পরিশেষে আনুষঙ্গিক অংশের বিষয় তুলনা করিতে গেলে দেখিতে পাওয়া যাইবে যে, মানুষীর দুগ্ধ অপেক্ষা গর্দ্দভীর দুগ্ধে অধিক শর্কর ও অল্প চর্ব্বি বিদ্যমান আছে; এই দুইটী উপকরণই ছাগ ও গো দুগ্ধে সর্ব্বাপেক্ষা অধিক। গাভীর দুগ্ধে লবণের অংশ অন্যান্য দুগ্ধ অপেক্ষা বেশী। এস্থলে এ কথা বলা আবশ্যক যে, সারবত্তা সম্বন্ধে মহিষীর দুগ্ধ সর্ব্বশ্রেষ্ঠ।

উপরি-উক্ত তালিকায় প্রত্যেক প্রকার দুগ্ধের উপাদাননিচয়ের তুলনা করিয়া দেখিলে স্পষ্ট প্রতীত হইবে যে, গাভী ও ছাগদুগ্ধ সর্ব্বাপেক্ষা অধিক

সারবান্; তন্নিম্নে মানুষীর এবং সর্ব্বনিম্নে গর্দ্দভীর দুগ্ধ গণনীয় হইতে পারে। ছাগ দুগ্ধ অপেক্ষা গাভীর দুগ্ধে এল্‌বিউমেন বা নাইট্রোজেন-প্রধান অংশ অধিক। এইজন্য ইহা দ্বারা দেহের নাইট্রোজেন-প্রধান টিস্থ সমুদায়ের অধিক পুষ্টিসাধন হইয়া থাকে। মানবীর দুগ্ধে বিবিধ বিধানে আহার্য্য দ্রব্য যেরূপ পরিমাণে বিদ্যমান থাকে, তাহাতে শিশুর শরীরের পোষণ ও পুষ্টিসাধন সম্যক্‌রূপে হইতে পারে। মাতৃদুগ্ধ পান করিলে শিশুকে প্রায়ই পৃথক্‌রূপে জল খাওয়াইতে হয় না এবং দুগ্ধ প্রচুর পরিমাণে থাকিলে প্রথম কয়েক মাস অপর কোন আহার্য্য দ্রব্য আবশ্যক হয় না। কিন্তু মাতৃদুগ্ধের স্বল্পতা অথবা অপর কোন কারণ বশতঃ অনেক সময় শিশুকে অন্য দুগ্ধ খাওয়ান আবশ্যক হইয়া পড়ে। গাভী ও ছাগ-দুগ্ধ দিতে হইলে জল ও কিঞ্চিৎ শর্কর মিশাইয়া অনেক পরিমাণে মাতার দুগ্ধের সদৃশ করিয়া লইতে হয়। এই সকল দুগ্ধ পাতলা না করিয়া খাওয়াইলে সঙ্গে সঙ্গে জল পৃথক্ খাওয়ান আবশ্যক; তাহা না করিলে দুগ্ধ পাকস্থলীতে গ্যাষ্ট্রিক অম্লে পুরু জমাট বাঁধিয়া যায়; তাহাতে তাহা সহজে পরিপাক পায় না। দুধ পাতলা হইলে তাহার জমাট পুরু হইতে পারে না; জমাট অনেক পরিমাণে পাতলা দধির মত হইয়া থাকে। পাকস্থলী দুর্ব্বল থাকিলে গ্যাষ্ট্রিক অম্লের স্বল্পতা প্রযুক্ত দুধের জমাট আবার শীঘ্র ভাঙ্গে না; তাহাতে পরিপাকের ব্যাঘাত জন্মে এবং উদরাময় প্রভৃতি পীড়া সঞ্জাত হইতে পারে; কিন্তু ব্রিটিষ ফার্ম্মাকোপিয়ার ব্যবস্থানুসারে প্রস্তুত চূণের জল দুগ্ধের সহিত মিশাইয়া খাওয়াইলে এই সকল বিঘ্ন কিয়ৎপরিমাণে বিদূরিত হইয়া থাকে। এরূপ করিলে জমাট পাতলা হইয়া পড়ে এবং পাচনরসের সহিত মিশ্রিত হইয়া শীঘ্র পরিপাক পায়। দুগ্ধ পাতলা করিবার জন্য খাঁটি দুধের সহিত তাহার এক তৃতীয়াংশ পরিমাণ জল মিশাইয়া লওয়া আবশ্যক। দুধ খাঁটি না হইলে তত জল আবশ্যক হয় না। দুধে আগে জল না মিশাইয়া খাওয়াইবার সময় কবোষ্ণ জল মিশানই ভাল। শিশুর বয়োবৃদ্ধির সহিত জলের অংশ কমাইয়া আনা যাইতে পারে। কিন্তু এদেশে গ্রীষ্মকালে সকল অবস্থাতেই পাতলা দুধ খাওয়ান শ্রেয়ঃ। দুগ্ধে শর্কর মিশাইতে হইলে তাহা উৎকৃষ্ট প্রকারের হওয়া আবশ্যক। দুধ হইতে যে চিনি প্রস্তুত হয়, তাহা মিশাইলেই সর্ব্বাপেক্ষা ভাল হইতে পারে। সকল শিশুরই পানির

দুগ্ধে শর্কর মিশাইবার প্রয়োজন হয় না। যে সকল শিশুর মল অধিক পরিমাণে নিঃসৃত হইয়া থাকে, তাহাদের দুধে চিনি মিশান অনাবশ্যক ; কোষ্ঠবদ্ধ থাকিলে শর্কর তাহার বিদূরণে সহায়তা করে। মলরোধ বিদূরিত করিবার জন্য সময়ে সময়ে দুগ্ধের সহিত অল্প পরিমাণ সোডি ফসফ্ মিশাইয়া দেওয়া যাইতে পারে।

সারবত্তা সম্বন্ধে গর্দ্দভীর দুগ্ধ সর্ব্বাপেক্ষা হীন; ইহাতে ঘৃতাংশ কম থাকাতে অন্যান্য দুগ্ধ অপেক্ষা সহজে ইহা শিশুর পাকস্থলীতে পরিপাক পাইতে পারে। কিন্তু ইহাতেও শর্কর ও লবণ অধিক পরিমাণে বিদ্যমান থাকায় ইহা সময়ে সময়ে মৃদু বিরেচকের কার্য্য করিয়া থাকে এবং উদরাময় পীড়ার কারণ হইয়া উঠে ; এইজন্য গর্দ্দভীর দুগ্ধ সকল স্থলে ব্যবহৃত হইতে পারে না। যে সকল শিশুর কোষ্ঠবদ্ধ থাকে, এই দুগ্ধসেবনে অনেক পরিমাণে তাহা বিদূরিত হয়।

মাতার স্তনে দুগ্ধ না থাকিলে, অথবা তাহা শিশুর পাকস্থলীতে পরিপাক না পাইলে "ওয়েট নার্স্" বা স্তন্যদায়িনী ধাত্রী রাখিবার কথা উত্থাপিত হয় ; পিতামাতার ক্ষমতা থাকিলে স্তন্যদায়িনী ধাত্রী রাখা ভাল। তাহা হইলে শিশুকে অন্যান্য দুগ্ধ খাওয়াইতে হয় না। সময়ে সময়ে প্রসূতির দুগ্ধ না থাকাতে শিশুর অবস্থা এরূপ হইয়া পড়ে যে, অন্য স্ত্রীলোকের দুগ্ধ না খাওয়াইলে তাহার জীবনরক্ষার সম্ভাবনা অল্পই থাকে। এরূপস্থলে স্তন্যদায়িনী ধাত্রী নিযুক্ত করা একান্ত আবশ্যক।

বলিষ্ঠা ও নীরোগ স্তন্যদায়িনী নিযুক্ত করা আবশ্যক। তাহার উপদংশ ও স্ক্রফুলা প্রভৃতি কোনরূপ পীড়া থাকিলে শিশু সেই পীড়ায় আক্রান্ত হইতে পারে ; এইজন্য এই সকল পীড়ার লক্ষণাবলি স্তন্যদায়িনীর দেহে বিদ্যমান আছে কি না, তাহাকে নিয়োগ করিবার পূর্ব্বে তদ্বিষয় বিশেষ করিয়া পর্য্যবেক্ষণ করা আবশ্যক। ক্রোড়স্থ শিশুর অবস্থা দেখিয়া মাতার শরীর ও দুগ্ধের অবস্থা অনেক পরিমাণে বুঝিয়া লইতে পারা যায়। ক্রোড়স্থ শিশু হৃষ্টপুষ্ট ও নীরোগ থাকিলে স্তন্যদায়িনীর দুগ্ধ ভাল হইবারই সম্ভাবনা ; কিন্তু অনেক স্থলে দুগ্ধ কিয়দ্দিবস ব্যবহৃত না হইলে তাহার প্রকৃতি সম্যক্‌রূপে বুঝিতে পারা যায় না। কোন কোন স্থলে একজন স্ত্রীলোকের দুগ্ধ হয়ত একটী শিশুর-

পরিপাক পায়, কিন্তু অপর শিশু তাহা হজম করিতে পারে না; তাহাতে সময়ে সময়ে দুই তিনটী স্তন্যদায়িনীর পর একটীর দুগ্ধ উপযুক্ত বলিয়া স্থিরীকৃত হইয়া থাকে। যে সকল স্ত্রীলোকের স্তন দেখিতে পিয়ারা ফলের মত, এবং যাহাতে দুগ্ধনিঃসারক গ্রন্থি প্রচুর পরিমাণে বিদ্যমান, প্রায় তাহাদেরই দুগ্ধ প্রচুর এবং অধিক দিন থাকে। স্তন চর্ব্বিতে বর্দ্ধিতায়তন হইলে এবং তাহাতে দুগ্ধনিঃসারক গ্রন্থির সংখ্যা অল্প থাকিলে, প্রায়ই অধিক দুগ্ধ উৎপাদিত হয় না।

স্তন্যদায়িনীর বয়ঃক্রম এদেশে ২৫।৩০ হইলেই ভাল। বয়স অল্প বা অধিক হইলে দুগ্ধ ভাল না হইবারই সম্ভাবনা। যে শিশুর জন্য স্তন্যদায়িনী নিযুক্ত করা হয়, তাহার বয়সের সহিত স্তন্যদায়িনীর শিশুর বয়স সমান হওয়া একান্ত বাঞ্ছনীয়, কিন্তু এরূপ সুবিধা প্রায়ই ঘটিয়া উঠে না। ক্রোড়ের সন্তান যত বাড়িতে থাকে, দুগ্ধ তত গাঢ় হইয়া আইসে। এই জন্য, যে ধাত্রী দুই তিন মাস প্রসব করিয়াছে, স্তন্যদানার্থ তাহাকেই নিয়োগ করা ভাল; কিন্তু সকল স্থলে এরূপ ধাত্রী পাওয়া যায় না, এইজন্য দুগ্ধ পরীক্ষা করিয়া স্তন্যদায়িনী মনোনীত করিতে হয়। কোন কোন স্ত্রীলোকের দুধ অনেক দিন পর্য্যন্ত বেশ পাতলা থাকে, অতি ছোট শিশুকে তাহা খাওয়ান যাইতে পারে। স্তন্যদায়িনীর আহার্য্য লঘু, সুপাচ্য ও প্রচুর হওয়া আবশ্যক। তাহার বাটীতে যেরূপ আহারের ব্যবস্থা থাকে, অবস্থান্তরে নীত হইয়া তাহার সেইরূপ আহারেরই উপর দৃষ্টি রাখা একান্ত কর্ত্তব্য; তাহা না করিলে অনেক সময় সে অজীর্ণ রোগে আক্রান্ত হইয়া থাকে।

এস্থলে একথা বলা আবশ্যক যে, ছাগীর অথবা গাভীর দুগ্ধ খাওয়াইতে হইলে একটী নির্দ্দিষ্ট ছাগীর অথবা গাভীরই দুধ খাওয়ান কর্ত্তব্য; শিশুকে যে গাভীর দুধ খাওয়ান হয়, প্রত্যহ তাহাকে সেই গাভীরই দুগ্ধ পান করান উচিত; নতুবা নিত্য নূতন নূতন গাভীর দুগ্ধ খাওয়াইলে বিশেষ অনিষ্ট হইবার সম্ভাবনা। সেইরূপ আবার বাজারে যেরূপ অনেকগুলি গাভীর দুগ্ধ একত্রে মিশ্রিত হইয়া বিক্রীত হয়, শিশুকে সেই মিশ্র দুগ্ধ খাইতে দেওয়াও নিতান্ত অন্যায়; ইহাতেও শিশুর পীড়া হইতে পারে। সদ্যপ্রসূতা গাভীর দুগ্ধে অধিক পরিমাণ কলষ্ট্রম কর্পাস্কেল থাকাতে তাহা বিরেচকরূপে কার্য্য

করে। অনেক স্থলে গোপগণ এই সদ্যপ্রসূ গাভীর দুগ্ধ মিশ্রিত করিয়া বিক্রয় করে; শিশুকে এরূপ মিশ্র দুগ্ধ খাওয়াইলেও বিশেষ অনিষ্ট হইয়া থাকে। বাছুরের বয়স যত বাড়িতে থাকে, গাভীর দুগ্ধ তত ঘন হইয়া পড়ে, এইজন্য যে গাভী অনেক দিন প্রসব করিয়াছে, তাহার দুগ্ধ নবপ্রসূত শিশুর পাকস্থলীতে জীর্ণ হয় না। নব প্রসূত শিশুর জন্য দুই তিন মাস প্রসূতা গাভীর দুগ্ধ সংগ্রহ করা অত্যন্ত বাঞ্ছনীয়। ছাগীর দুধ খাওয়াইতে হইলেও এই সকল বিষয়ের উপর বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। গাভীতে যাহা খায় না, ছাগীতে এরূপ অনেক দ্রব্য খাইয়া থাকে, তাহাতে ইহার দুগ্ধেরও পরিবর্ত্তন হয়, এইজন্য ছাগীর দুধ খাওয়াইতে হইলে ইহাকে বাটীতে রাখিয়া নিয়মিতরূপে আহার দেওয়া আবশ্যক। একটী ছাগীর দুগ্ধ একটী শিশুর পক্ষেই যথেষ্ট হইতে পারে।

দুধ খাওয়াইবার নিয়ম।—প্রথম দুই এক দিবস যতক্ষণ না দুগ্ধ নিয়মিত ক্ষরিত হইতে আরম্ভ করে, মধ্যে মধ্যে প্রত্যহ ৩।৪ বার শিশুকে স্তন পান করিতে দেওয়া আবশ্যক। তাহাতে দুগ্ধের নিঃসরণ বৃদ্ধি পায় এবং স্তনে যে অল্প দুধ থাকে, শিশু তাহা খাইতে পারে। ইহার সঙ্গে সঙ্গে সময়ে সময়ে অন্যপ্রকার দুগ্ধ অল্প অল্প পরিমাণে দেওয়া আবশ্যক। প্রথম দুই এক দিবস আহার কম দেওয়াই ভাল, তাহাতে বিশেষ ক্ষতি হইতে পারে না। ঐ সময়ে অন্য দুগ্ধ অধিক পরিমাণে খাওয়াইলে অনেক স্থলে উদরাময় প্রভৃতি পীড়া সঞ্জাত হইয়া থাকে। এইজন্য প্রথম দুই এক দিবস প্রসূতির স্তনে যে অল্প দুধ থাকে, তাহাই খাওয়াইয়া এবং মধ্যে মধ্যে অতি অল্প পরিমাণে গাভী বা ছাগদুগ্ধ পান করাইয়া রাখা ভাল। প্রসূতির দুগ্ধ সম্যক্‌রূপে নিঃসৃত হইতে আরম্ভ হইলে শিশুকে নিয়মিতরূপে স্তন দেওয়া আবশ্যক। প্রথম কয়েক সপ্তাহ শিশুকে প্রত্যেক দুই ঘণ্টা অন্তর স্তন্য পান করাইলেই হইতে পারে। ক্রমে আহারের পরিমাণ বৃদ্ধির সহিত অধিক সময় অন্তর খাওয়াইতে হয়। পরে শিশুর বয়স ছয় সপ্তাহ হইলে গড়ে তিন ঘণ্টা অন্তর একবার করিয়া খাওয়ান যুক্তিযুক্ত। যে শিশু প্রথম হইতেই এককালে অধিক দুগ্ধ খাইতে পারে, তাহাকে অধিক সময় অন্তর খাওয়ান উচিত। এরূপ স্থলে শিশুর ঘন ঘন দুধ খাইবার ইচ্ছা প্রায়ই দেখা যায় না,—অনেক ক্ষণ

অন্তর খাইয়া থাকে। দুগ্ধ পূর্ণভাবে যত অধিকক্ষণ অন্তর খাওয়ান হয়, ততই ভাল। একেবারে অধিক পরিমাণে খাওয়াইলে আহারের গুরুত্ব বশতঃ পীড়া হইবার সম্ভাবনা এবং কম খাওয়াইলে পুষ্টি সাধন সম্যক্‌রূপে হয় না ;—শিশুও ঘন ঘন খাইতে চায়। একবারের আহার পরিপাক পাইবার পর কিয়ৎ কালের জন্য পাকস্থলীর বিশ্রাম আবশ্যক, এই জন্য পূর্ণ পরিমাণে অধিকক্ষণ অন্তর খাওয়ানই যুক্তিযুক্ত। ইহাতে পাচনবল অক্ষুণ্ণ থাকে এবং উদরাময় প্রভৃতি পীড়া হইবারও সম্ভাবনা সাতিশয় কমিয়া যায়। শিশু সুস্থ থাকিলে দুধ খাইবার পর প্রায়ই ঘুমাইয়া পড়ে। সদ্যপ্রসূত শিশুর প্রথম কয়েক সপ্তাহ প্রায়ই এইরূপ ঘটিতে দেখা যায়। আহারের পর শিশু কাঁদিলে অথবা অন্য কোন কষ্টের ভাব প্রকাশ করিলে তাহার কোনরূপ পীড়া আছে কি না, পরীক্ষা করিয়া দেখা আবশ্যক। শিশু কাঁদিলেই তাহাকে আহার দেওয়া নিতান্ত অযৌক্তিক। তাহার ক্রন্দন ক্ষুধাজন্য কিনা, তাহার খাইবার সময় হইয়াছে কি না, এই সকল বিষয় অগ্রে স্থির না করিয়া তাহাকে খাইতে দেওয়া উচিত নহে। যে শিশু কাঁদিলেই মাতা স্তন্যদান করিয়া থাকেন, তাহাকে কচিৎ সুস্থ দেখিতে পাওয়া যায়। এরূপ করাতে কেবল যে, শিশুর স্বাস্থ্যভঙ্গ হয়, এরূপ নহে, ক্রমাগত স্তন্যদান করাতে মাতার বিশ্রামের বিঘ্ন জন্মিয়া থাকে এবং শিশুর নিকট অনেকক্ষণ আবদ্ধ থাকাতে তিনিও পীড়িতা হইয়া পড়েন।

শিশুর আহার্য্য পরিপাক পাইলে নিয়মিতরূপে তাহার মলনিঃসরণও হইয়া থাকে। সমগ্র দিবারাত্রে সুস্থ শিশুর দুই তিন বারের অধিক মল নিঃসৃত হয় না। কখন কখন সেই মলে ভুক্ত দ্রব্যের অজীর্ণাবশেষ অতি অল্প পরিমাণে দেখিতে পাওয়া যায়। মলনিঃসরণ অধিক হইলে তাহার কারণ অনুসন্ধান করা নিতান্ত আবশ্যক। "শিশু পক্ষিশাবকের মত খাইবে এবং তাহারই ন্যায় মলত্যাগ করিবে," এই প্রবাদ বাক্য আজিও অনেক বয়ঃস্থা স্ত্রীলোকের মুখে শুনিতে পাওয়া যায়। এইরূপ ভ্রান্ত ধারণা হইতে সময়ে সময়ে বিশেষ অনিষ্ট হইয়া থাকে। ইহাতে শিশু অনেক সময় অলক্ষিতভাবে উদরাময় পীড়ায় আক্রান্ত হইয়া পড়ে এবং তাহা উপেক্ষিত হইয়া তাহার চিকিৎসা হয় না, এইরূপে কখন কখন অল্প সময়ের মধ্যেই পীড়া এত বাড়িয়া উঠে যে, শিশুর

জীবন সাতিশয় সঙ্কটাপন্ন হইয়া পড়ে। এই সকল পীড়ার বিস্তৃত অনুশীলন এই পুস্তকের উদ্দেশ্য নহে। পাঠক এই সকল বিষয় জানিতে ইচ্ছা করিলে শিশুদিগের পীড়াবিষয়ক কোন গ্রন্থ অধ্যয়ন করিবেন। তবে এস্থলে এই কথা বলা যাইতে পারে যে, শিশুদিগের এরূপ উদরাময় পীড়া চিকিৎসা করিতে হইলে আহার কমাইয়া দিলেই পীড়া অনেক স্থলে প্রশমিত হইয়া থাকে।

আহারের পরিমাণ।—শরীর-তত্ত্ববিৎ পণ্ডিতগণ অনেক সন্দর্শন দ্বারা স্থির করিয়াছেন যে, একজন মধ্যবিৎ শ্রমজীবী ব্যক্তির দেহের ক্ষতি-পূরণ ও স্বাস্থ্যরক্ষার্থ প্রত্যহ তাহার দেহভারের শতাংশের এক অংশ ওজনে শুষ্ক ও জলশূন্য মিশ্র খাদ্য দ্রব্য আবশ্যক। এই গণনা দ্বারা শিশুর আহার্য্যের পরিমাণ অনেকাংশে পরিমিত হইতে পারে। নবপ্রসূত শিশুর দেহভার যদি ৩।০ সের অর্থাৎ ১০০ আউন্স হয়, তাহা হইলে এক আউন্স জলশূন্য মিশ্র খাদ্যদ্রব্যে শিশুর স্বাস্থ্যরক্ষা ও দেহের ক্ষতিপূরণ হইতে পারে; কিন্তু অতি শৈশবে দেহের পোষণ ও পরিবর্দ্ধন অপেক্ষাকৃত অধিক পরিমাণে হইয়া থাকে; এইজন্য এই সময়ে অধিক পরিমাণ আহার্য্য দ্রব্য আবশ্যক হইয়া পড়ে। ডাক্তার পেইনের সন্দর্শনানুসারে মাতার দুগ্ধে শতাংশের প্রায় দশাংশ কঠিন পদার্থ অর্থাৎ ১০০ ছটাক দুধে ১০ ছটাক এবং ১০ ছটাকে ১ ছটাক কঠিন পদার্থ বিদ্যমান থাকে। শিশুর ওজন ৩।০০সের হইলে এই দশ ছটাক দুধেই ইহার পোষণ হইতে পারে। দুগ্ধের কঠিনাংশ অতিশয় সারবান্; সাধারণতঃ এদেশের নবপ্রসূত শিশু যেরূপ ভারি ও আয়ত, ১০ ছটাক দুধেই সচরাচর তাহার পুষ্টিসাধন হইতে পারে। ক্রমে বয়োবৃদ্ধির সহিত দুগ্ধেরও পরিমাণ বাড়াইয়া দিতে হয়। পাচনবল বেশী থাকিলে এবং আহার্য্য দ্রব্য উত্তমরূপে পরিপাক পাইলে অধিক খাওয়ান আবশ্যক। এইজন্য সকল স্থলেই পাচনবল ও দেহের পোষণের পরিমাণ অনুসারে আহার্য্যের পরিমাণ পরিমিত হইয়া থাকে। গাভীর অথবা ছাগীর দুগ্ধ দিতে হইলে মাতৃদুগ্ধের দ্বিতৃতীয়াংশ দিলেই যথেষ্ট হইতে পারে; অর্থাৎ যেস্থলে মাতার ১০ ছটাক দুগ্ধ শিশুর যথেষ্ট বলিয়া বোধ হয়, সেস্থলে গাভী অথবা ছাগীর দুগ্ধ দিতে হইলে ৬।।০ বা ৭ ছটাক হইলেই যথেষ্ট হয়। গর্দ্দভীর দুধ দিতে হইলে মাতৃ-দুগ্ধ অপেক্ষা অধিক দেওয়া আবশ্যক। যেস্থলে ছাগীর অথবা গাভীর দুধ

খাওয়াইয়াই শিশুকে রাখিতে হয়, প্রথম কয়েক দিবস প্রায়ই ছয় ছটাকের বেশী আবশ্যক হয না। শিশু অকালে ভূমিষ্ঠ হইলে ইহা অপেক্ষা অনেক কম খাওযান আবশ্যক। ক্রমে শিশুর বযস যত বাড়িতে থাকে, ইহার আহারের পরিমাণ তত বাড়াইতে হয়।

এদেশে শিশুদিগকে সচরাচর চামুচে কিম্বা ঝিনুকে দুগ্ধ খাওয়ান হয়; ঝিনুকে দুধ লইয়া নবপ্রসূত শিশুকে বিন্দু বিন্দু করিয়া ক্রমে ক্রমে খাওয়াইতে হয়; ক্রমে শিশুর একেবারে অনেকখানি গিলিবার অভ্যাস হইলে বেশী করিয়া দুধ দেওয়া যাইতে পারে। ফিডিং বটলে খাওযাইলে শিশু স্তনপান করিবার ন্যায় ক্রমে ক্রমে খাইতে থাকে। ফিডিং বটল সচরাচর দুই প্রকার পাওয়া যায়;—একপ্রকার দীর্ঘনলসম্বলিত, অপর প্রকারে বোতলের মুখেই বোঁটা সংলগ্ন। প্রথম প্রকারের বোতলই ভাল। ইহাতে শিশুকে জোরে টানিয়া দুধ খাইতে হয়; দুধ অল্পে অল্পে আইসে, তাহাতে শিশু অল্প সময়ের মধ্যে অনেক দুধ খাইয়া ফেলিতে পারে না, কিন্তু ইহা পরিষ্কার রাখা কঠিন। প্রত্যেকবার দুধ খাওযাইবার পর বোতল ও নলের অভ্যন্তর ভাল করিয়া ধুইয়া ফেলা আবশ্যক, তাহা না করিলে নলের ভিতর দুধের যে জমাট বাঁধিয়া যায, তাহা পচিতে থাকে; তাহাতে শিশু উদরাময প্রভৃতি পীড়ায় সহজেই আক্রান্ত হইতে পারে। অপর প্রকার ফিডিং বটলগুলি সহজে পরিষ্কার করিতে পারা যায; কিন্তু ইহাতে শিশু অল্প সময়ের মধ্যে অনেক দুধ খাইযা ফেলে; তাহাতে সময়ে সময়ে বিশেষ অপকার হইযা থাকে। এদেশে সরু কাপড়ের মোটা পলিতা দ্বারা দুধ খাওযাইবার প্রথা মন্দ নহে; ইহাতে শিশু অল্পে অল্পে দুধ খাইতে থাকে, অল্প সময়ের মধ্যে পাকস্থলীতে অধিক দুধ যাইতে পারে না। ইহাতে আর একটী সুবিধা এই যে, ইহা সহজে বদলাইয়া অথবা উত্তমরূপে পরিষ্কার করিয়া লওয়া যাইতে পারে; কিন্তু এইরূপে দুধ খাওয়াইলে দুধের সহিত বায়ু অনেক পরিমাণে শিশুর পাকস্থলীতে প্রবেশ করে; তাহাতেও অনিষ্ট হইবার সম্ভাবনা। পলিতাটী মোটা করিয়া দিলে এবং দুধের বাটী একটু উচুতে ধরিলে শিশুকে অধিক জোরে টানিয়া খাইতে হয় না এবং বায়ু-প্রবেশেরও সম্ভাবনা কমিয়া যায়। প্রথম দুই-এক মাস এইরূপে দুধ খাওয়ান স্থলবিশেষে সুবিধা বলিয়া বোধ হয়।

দুগ্ধক্ষরণের স্বল্পতা।—মাতার স্তনে দুগ্ধ অল্প পরিমাণে উৎপাদিত হইতে থাকিলে, অথবা কোন কারণে দুগ্ধক্ষরণ কমিয়া গেলে, তাহা বর্দ্ধিত করিবার চেষ্টা করা নিতান্ত আবশ্যক। স্বাস্থ্যের উৎকর্ষসাধনে অনেক স্থলে দুগ্ধের পরিমাণ বর্দ্ধিত হইয়া থাকে। এইজন্য স্বাস্থ্যবিধায়ক নিয়মাদি দ্বারা যাহাতে প্রসূতির শারীরিক অবস্থার উৎকর্ষ সাধিত হয়, এরূপ উপায় অবলম্বন করা উচিত। অনেক সময় রুগ্নাবস্থায় স্তনের নিঃস্রবণ কমিয়া যায়; তাহার পর পীড়া অপগত হইলে দুগ্ধক্ষরণ আবার ক্রমে ক্রমে বর্দ্ধিত হইতে থাকে। সূতিকাবস্থায় পুয়ারপিরাল জ্বর প্রভৃতি কোন প্রকার বৈশেষিক পীড়া হইলে অনেক সময় দুগ্ধক্ষরণ বন্ধ হইয়া যায়। কোন কোন স্থলে পরবর্ত্তী গর্ভাধানেও প্রসূতির স্তনে আর দুগ্ধ উৎপন্ন হয় না;—এমন কি এই অবস্থা চিরজীবনের জন্য থাকিয়া যায়। এইজন্য এই সকল পীড়া যত শীঘ্র নিদূরিত হয়, ততই ভাল। প্রসূতির আহার্য্য সুপাচ্য, বলকারক ও প্রচুর হওয়া আবশ্যক। যে সকল আহার্য্য দ্রব্যে ফস্ফেটের ভাগ অধিক, তৎসমুদায় দ্বারা দুগ্ধক্ষরণ বৃদ্ধি পাইবার সম্ভাবনা। এইজন্য শামুক, ঝিনুক, গুগলি প্রভৃতি "শেলফিষ" ব্যবহৃত হইয়া থাকে। প্রচুর পরিমাণে মাছ খাইলেই এই উদ্দেশ্য সাধিত হইতে পারে। স্থলবিশেষে ষ্টাউট, বিয়ার প্রভৃতি মৃদু আসবও ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

দুগ্ধক্ষরণ বৃদ্ধি করিবার জন্য ঔষধাদিও ব্যবহৃত হইতে পারে; এই উদ্দেশে তৈলোৎপাদক এরণ্ডের পত্র গরম করিয়া অথবা বাটিয়া পুলটিশরূপে স্তনের উপর লাগান হয়। এই পত্র জলে সিদ্ধ করিয়া স্তনে ঐ জলের সেক দিলেও কার্য্য সিদ্ধ হইতে পারে। কৃষ্ণজিরা ও কৃষ্ণতিলও দুগ্ধক্ষরণোদ্দেশে প্রসূতিকে খাওয়ান হইয়া থাকে। কিন্তু ইহাদের দুগ্ধ বৃদ্ধি করিবার ক্ষমতা আছে বলিয়া বোধ হয় না।

দুগ্ধক্ষরণের আধিক্য।—কোন কোন প্রসূতির দুগ্ধ সাতিশয় অধিক পরিমাণে প্রস্রুত হইয়া থাকে; এরূপ দুধ প্রায়ই পাতলা। ইহার জলীয় অংশ অধিক;—সারবত্তা নিতান্ত অল্প। কখন কখন কৃশাঙ্গী ও নিস্তেজ স্ত্রীলোকদিগেরও এইরূপ প্রভূত দুগ্ধক্ষরণ হইতে দেখা যায়। দুগ্ধ অধিক পরিমাণে প্রস্রুত হওয়াতে শিশুর পীড়া হইবার সম্ভাবনা। শিশু একটু রুক্ষ

হইলে সমস্ত, দুগ্ধ পরিপাক করিয়া উঠিতে পারে; কিন্তু ইহাতে মাতাকে প্রায়ই দুর্ব্বল করিয়া ফেলে এবং তিনি নানাপ্রকার পীড়াতেও আক্রান্ত হইতে পারেন। মাতার থাইসিস্, স্ক্রফুলা প্রভৃতি পীড়ার প্রবণতা থাকিলে, অনেক স্থলে পীড়া এই সময়ে প্রকাশ পাইয়া থাকে। এইজন্য সাতিশয় দুগ্ধক্ষরণে মাতার অথবা শিশুর পীড়া হইবার সম্ভাবনা থাকিলে দুগ্ধক্ষরণ বন্ধ করা আবশ্যক হইয়া পড়ে।

শিশুকে স্তন ছাড়াইবার নিমিত্ত অথবা মাতার স্বাস্থ্যরক্ষা, কিম্বা তাঁহার অপারগতার জন্য অনেক স্থলে দুগ্ধক্ষরণ বন্ধ করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। বেলেদোনার দুগ্ধক্ষরণ বন্ধ করিবার ক্ষমতা আছে; এইজন্য ইহা এইরূপ অবস্থায় প্রায়ই ব্যবহৃত হইয়া থাকে। স্তনে প্রদাহ থাকিলে এই ঔষধির স্থানিক প্রয়োগে বিশেষ উপকার দর্শিয়া থাকে। ইহা দ্বারা প্রদাহ প্রশমিত হয় এবং তৎসঙ্গে দুগ্ধনিঃসরণও কমিয়া আইসে। এক্‌ষ্ট্রাক্ট বেলেদোনা গ্লিসিরিণের সহিত মিশ্রিত করিয়া স্তনের উপর লেপরূপে ব্যবহৃত হইতে পারে। আইওডাইড অব্ পটাশিয়মের দুগ্ধক্ষরণ নিবারণের ক্ষমতা অধিক। শীঘ্র ফলোৎপাদনের নিমিত্ত ইহা অধিক মাত্রায় ব্যবস্থা করা বিধেয়। কেহ কেহ বিবেচনা করেন, এই ঔষধি ২০।২৫ গ্রেণ মাত্রায় দিবসে দুই তিন বার খাওয়ান আবশ্যক। কিন্তু ১০ গ্রেণ মাত্রায় প্রত্যহ দুই তিন বার খাওয়াইলেই অনেক স্থলে সুফলোদয় হইতে দেখা যায়। স্তনের প্রাদাহিক অবস্থা হইতে দেহে জ্বরতাপ লক্ষিত হইলে একোনাইট অল্প অল্প মাত্রায় খাওয়ান যাইতে পারে। এরূপ স্থলে স্তনের উপর গুলার্ডস লোশন, স্পিরিট লোশন প্রভৃতি ঔষধির স্থানিক প্রয়োগে বিশেষ উপকার দর্শিয়া থাকে। স্তনে শোণিতপূর্ণতা অথবা প্রাদাহিক ভাব বিদ্যমান থাকিলে বিরেচক ঔষধি দ্বারা বিশেষ উপকার হইতে দেখা যায়। এই উদ্দেশে পূর্ণ এবং আবশ্যক বোধে তদধিক মাত্রায় সিডলিশ পাউডার সচরাচর ব্যবহৃত হইয়া থাকে। সোণামুখী ও সল্‌ফেট অব ম্যাগনেশিয়াও ব্যবহৃত হইতে পারে। মলনিঃসরণ সম্যক্‌রূপে হইলে অনেক স্থলে সঙ্গে সঙ্গে স্তনের শোণিতপূর্ণতা কমিয়া আইসে। সময়ে সময়ে প্রদাহিত স্থল এব্‌সেসে পরিণত হয়। পূয় সমুৎপাদিত হইলে যত শীঘ্র সম্ভব এব্‌সেস খুলিয়া দিয়া এন্টিসেপ্টিক প্রণালীতে নিয়মিতরূপে চিকিৎসা করা বিধেয়।

দুগ্ধক্ষরণ যতক্ষণ না বন্ধ হইয়া আইসে, কোন কোন স্থলে ততক্ষণ মধ্যে মধ্যে দুধ গালিয়া ফেলা আবশ্যক হইয়া পড়ে। এইজন্য সময়ে সময়ে ব্রেষ্টপম্প ব্যবহার করিতে হয়। ব্রেষ্টপম্পের অভাবে একটী বোতলের দ্বারাও এই কার্য্য সাধিত হইতে পারে। সোডাওয়াটার বা লেমনেডের বোতল হইলে আরও ভাল হয়। বোতলটীর মুখ ব্যতীত অবশিষ্ট ভাগ ভাল করিয়া তাপাইয়া লওয়া আবশ্যক; তাহাতে ইহার অভ্যন্তরের বায়ু গরম হইয়া পড়ে। উত্তাপে বায়ু বিস্ফারিত হওয়াতে তাহা বোতল হইতে কিয়ৎপরিমাণে বহির্গত হইয়া যায়, অবশিষ্ট বায়ু বোতলের ভিতর পাতলা অবস্থায় থাকে। এই অবস্থায় বোতলের মুখমধ্যে চুচুক প্রবেশিত করিয়া ভিজা কাপড় অথবা অন্য কোন উপায়ে বোতলটী শীতল করিয়া লইলে ইহার অভ্যন্তরীণ উষ্ণ ও পাতলা বায়ু ঠাণ্ডা হইয়া ঘনীভূত হইয়া পড়ে। এই সময় বোতলের মুখ চুচুক দ্বারা আবদ্ধ থাকাতে বাহির হইতে ইহার ভিতর বায়ু প্রবেশ করিতে পারে না, তাহাতে ইহার ভিতর কিয়ৎপরিমাণ শূন্যতা সাধিত হয়, এইরূপে বোতলের অভ্যন্তরে শোষণক্রিয়া সমুদ্ভূত হইয়া স্তন হইতে দুগ্ধ নিঃসারিত করিতে থাকে। এই উপায়ে সকল স্থলেই দুগ্ধ নিঃসারিত হইতে পারে। বোতলের ভিতর গরম জল পুরিয়া তাহা সম্পূর্ণরূপে বাহির করিয়া ফেলিয়াই বোতলের মুখ চুচুকের উপর সংস্থাপন করিলেও এই কার্য্য উক্তরূপে সম্পন্ন হইতে পারে।

শিশুদিগের দন্তোদ্গম হইবার পূর্ব্বে দুগ্ধই তাহাদিগের একমাত্র উপযোগী খাদ্য। দন্তোদ্গম হইবার পূর্ব্বে মুখগহ্বরের সিক্রিশন অতি কম থাকে; লালানিঃসারক যন্ত্রসমুদায় তখনও সম্যক্‌রূপে কার্য্য করিতে আরম্ভ করে না। পাকস্থলী ও তৎসংক্রান্ত যন্ত্রসমুদায়ের কিয়ৎপরিমাণ অসম্পূর্ণতাও লক্ষিত হইয়া থাকে। মাংসাশী পশুদিগের পাকস্থলী ও তৎসংক্রান্ত যন্ত্র সমুদায়ের সহিত এই কালে শিশুদের পাচনপ্রণালীর কিয়ৎ পরিমাণে সাদৃশ্য দেখিতে পাওয়া যায়;— মাংসাহারী পশুদিগের অন্ত্রমণ্ডলের ন্যায় ইহাদের অন্ত্রমণ্ডল ছোট। এতদ্ব্যতীত দুগ্ধের ন্যায় অন্যান্য আহার্য্য দ্রব্য শিশুর পাকস্থলীতে সহজে পরিপাক পায় না। এইজন্য শিশুদিগের দন্তোদ্গম আরম্ভ হইবার পূর্ব্বে দুগ্ধই তাহাদের একমাত্র খাদ্য বলিয়া নিরূপিত হইয়া থাকে। দন্তোদ্গম আরম্ভ হইবার পূর্ব্বে শিশুদিগের দেহের পরিবর্দ্ধন অপেক্ষাকৃত অধিক

পরিমাণে হইতে থাকে এবং আনুষাঙ্গিক খাদ্যদ্রব্যের অধিক প্রয়োজন হয়। এই কালে দুগ্ধ তাহাদিগের শরীর-পোষণোপযোগী সকল উপাদানই উপযুক্ত পরিমাণে সংযোজনা করিয়া দেয়। কিন্তু শিশুর বয়োবৃদ্ধির সহিত আহার্য্য দ্রব্যের পরিবর্ত্তন আবশ্যক। বয়োবৃদ্ধির সহিত শরীরপোষক খাদ্যের পরিমাণ যত বাড়িতে থাকে, সেই অনুপাতে আনুষাঙ্গিক বা তাপোৎপাদক খাদ্যদ্রব্যের পরিমাণ বৃদ্ধি করা আবশ্যক হয় না। এইজন্য শিশু বড় হইলে যদি তাহাকে কেবল দুধ খাওয়াইয়াই রাখা যায়, তাহার বিশেষ ক্ষতি হইবার সম্ভাবনা। তাহাকে কেবল দুধ খাওয়াইয়া রাখিতে গেলে অধিক দুগ্ধ আবশ্যক। কিন্তু অধিক দুগ্ধপান অতি গুরু আহার। আর যদিও শিশুর পাকস্থলীতে তত অধিক দুগ্ধ পরিপাক পায়, তাহাতে উপকার না হইয়া অপকারই সাধিত হইয়া থাকে। অধিক পরিমাণ দুগ্ধ পানে তাহার দেহের চর্ব্বি অধিক হইয়া উঠে। চর্ব্বি অধিক বৃদ্ধি পাওয়াতে টিস্থ ও যন্ত্রসমুদায়ের কার্য্যের ব্যতিক্রম হয় এবং তৎসমুদায় নানাপ্রকারে অপজনিত হইতে পারে। এইজন্য শিশু বড় হইলে তাহাকে একমাত্র দুধ খাওয়াইয়াই দীর্ঘকাল রাখা উচিত নহে;—ক্রমে অন্যান্য আহার্য্য দ্রব্য দেওয়া আবশ্যক।

ডাক্তার পেভী শিশুর আহার্য্য সম্বন্ধে লিখিতে লিখিতে একস্থলে বলিয়াছেন;—"শিশুদিগের দন্তোদ্গম হইবার পূর্ব্বে এরোরুট, সাগু প্রভৃতি শ্বেতসারময় পদার্থ ভোজন করাইলে তাহাদিগের পাকস্থলীতে তাহা পরিপাক পায় না; কেননা তত অল্প বয়সে তাহাদের পাকস্থলী ও তৎসংক্রান্ত যন্ত্রসমুদায় পূর্ণতা প্রাপ্ত হয় না। এই সকল খাদ্যদ্রব্য বয়ঃপ্রাপ্ত বালকদিগের পাকস্থলীতে সহজেই পরিপাক পায়; এই জন্য সাধারণতঃ অনেকে তৎসমুদায় দ্রব্যকে নিতান্ত অল্পবয়স্ক শিশুদিগেরও আহার্য্য বলিয়া মনে করিয়া থাকে। কিন্তু শরীর-বিধানবিৎ পণ্ডিতগণ তাহাদিগের এই ধারণা ভ্রান্ত বলিয়া প্রতিবাদ করেন। সত্য বটে, বয়স একটু বর্দ্ধিত হইলে, এই সমস্ত পদার্থ অতি উপযোগী ও সারবান্ আহার্য্য বলিয়া পরিগণিত হয়, কিন্তু বিবেচনা করিয়া দেখিলে স্পষ্ট প্রতীত হইবে যে, বয়োবৃদ্ধির সহিত শিশুদিগের পাচনপ্রণালী পূর্ণতা প্রাপ্ত হইয়া থাকে।" শিশুকে অন্যান্য আহার্য্য দিতে হইলে তাহার পরিমাণ ক্রমে ক্রমে বর্দ্ধিত না করিলে প্রায়ই উদরাময় প্রভৃতি পীড়া সঞ্জাত

হইয়া থাকে। দন্তোদ্গম আরম্ভ হইবার পূর্ব্বে দুগ্ধের সহিত কোন শস্যচূর্ণ মিশাইতে হইলে বার্লি, অথবা ময়দাই ভাল। এই সকল দ্রব্যে গ্লুটেন বা ভেজিটেবেল এল্‌বিউমেনের ভাগ অধিক থাকাতে সহজে পরিপাক পাইবার সম্ভাবনা। এরোরুট ও সাগু সম্পূর্ণ শ্বেতসারময়। এইজন্য দন্তোদ্গম আরম্ভ হইবার পর এই সমস্ত দ্রব্য খাওয়ান যুক্তিযুক্ত নহে।

মিশ্র খাদ্য।—শিশুদিগের জন্য ইউরোপ হইতে যে সমস্ত খাদ্যদ্রব্য এদেশে আনীত হয়, তৎসমুদায়ে বিবিধ বিধানের আহার্য্য দ্রব্যের এরূপ সংমিশ্রণ থাকে যে, শিশুদিগের পাকস্থলীতে তৎসমস্ত সহজে পরিপাক পাইতে পারে। এই সকল খাদ্যের উপকরণের মধ্যে ময়দা, মল্টচূর্ণ, মাখন তোলা দুধ ও বাইকার্ব্বনেট অব্ পটাসই প্রধান। বার্লি, ওট প্রভৃতি শস্য মল্টে পরিণত করিয়া লইলে, ইহাদের শ্বেতসারের ভাগ অনেক পরিমাণে শর্করে পরিণত হয়; তাহাতে তাহা মিষ্ট হইয়া পড়ে; খাওয়াইবার সময় তাহাতে আর শর্কর মিশাইতে হয় না। দুধ হইতে মাখন তুলিয়া লওয়াতে ইহার ঘৃতাংশ অনেক পরিমাণে বিদূরিত হয়। ময়দাতে শ্বেতসারের ভাগ কম এবং গ্লুটেনের ভাগ অধিক। এই জন্য এই সকল উপকরণে প্রস্তুত যে সকল মিশ্রখাদ্য এদেশে বিক্রীত হয়, শিশুর পাকাশয়ে তাহা সহজে পরিপাক পাইবার সম্ভাবনা। কিন্তু সেই সমস্ত মিশ্রখাদ্য দুগ্ধের অনুরূপ নহে, এবং তত সহজে পরিপাক পায় না; এইজন্য দন্তোদ্গম আরম্ভ হইবার পূর্ব্বে সেগুলি শিশুর উপযুক্ত আহার বলিয়া পরিগণিত হইতে পারে না; তবে এইকালে দুগ্ধের অভাবে অন্যবিধ আহার্য্য দ্রব্য দিতে হইলে এই সকল মিশ্র খাদ্য দেওয়া যাইতে পারে। শিশুর দাঁত উঠিতে আরম্ভ হইলে যখন দুগ্ধ ব্যতীত অন্যান্য আহার্য্য দেওয়া আবশ্যক হয়, কিছুকালের জন্য এই সকল দ্রব্য খাওয়াইলে সুফল লাভ হইয়া থাকে।

যে সমস্ত বিলাতী মিশ্রখাদ্য এদেশে বিক্রীত হয়, সকলে তাহা কিনিতে পারে না; কিন্তু তাহার অনুকরণে মিশ্রখাদ্য সহজেই প্রস্তুত করিয়া লওয়া যাইতে পারে। খাদ্যে অধিক পরিমাণ ষ্টার্চ থাকিলে শিশুর পাকস্থলী তাহা পরিপাক করিতে পারে না, এবং মিশ্র আহার্য্যে অন্য প্রকার আনুষঙ্গিক দ্রব্য থাকিলে দুগ্ধে তত ঘৃতাংশ আবশ্যক হয় না। এই জন্য শিশুর মিশ্র

আহার্য্য প্রস্তুত করিতে হইলে দুগ্ধের ঘৃতাংশ কিয়ৎপরিমাণে তুলিয়া লওয়াই ভাল। এদেশে গরিব লোকেরা সাগু, বার্লিচূর্ণ কিনিতে সক্ষম না হওয়াতে ময়দা, একটু শর্কর ও অল্প পরিমাণ দুগ্ধ জলের সহিত মিশাইয়া পাতলা করিয়া ফুটাইয়া শিশুদিগকে খাওয়াইয়া থাকে। ইহাতে সেই সকল শিশুর পুষ্টিসাধন সম্যক্‌রূপে হয় না; কিন্তু তাহাদিগের উদরাময় প্রভৃতি পীড়া কচিৎ হইতে দেখা যায়। ময়দাতে গ্লুটেন বা ভেজিটেবেল এলবিউমেনের অংশ অধিক, শ্বেতসার বা ষ্টার্চের অংশ কম। এই জন্যই অতিশয় শৈশবে এইরূপ মিশ্র-খাদ্যে বিশেষ ক্ষতি হয় না। ময়দার পরিবর্তে বার্লিও ব্যবহৃত হইতে পারে; কিন্তু দন্তোদ্গম আরম্ভ হইবার পূর্ব্বে সাগু, এরোরুট প্রভৃতি শ্বেতসারময় পদার্থে বিশেষ অপকার হইয়া থাকে।

মাতৃস্তন্য ত্যাগকরান।—শিশুর পাঁচ ছয়টী দাঁত বাহির হইলেই সচরাচর মাতার দুধ ছাড়ান হয়। এই সময়ে তাহার শ্বেতসার প্রভৃতি অন্যান্য আহার্য্য দ্রব্য পরিপাক করিবার ক্ষমতা অনেক পরিমাণে জন্মে এবং গোদুগ্ধও অধিক পরিমাণে খাওয়ান যাইতে পারে। প্রত্যেক দন্ত উদ্গত হইবার কালে শিশুদিগের দেহের নানাপ্রকার স্বাস্থ্যবিপর্য্যয় হইবার সম্ভাবনা এবং অনেক স্থলে "ইনসিশর" কয়টি বহির্গত হইবার পর কিছুদিনের জন্য দন্তোদ্গম বন্ধ থাকে। এইজন্য ঐ কয়েকটী দাঁত বাহির হইবার পরই দুধ ছাড়াইবার একটী উপযুক্ত সময়। যেস্থলে মাতার দুগ্ধ প্রচুর পরিমাণে থাকে, এবং তজ্জন্য মাতার কিছু ক্ষতি হয় না, বিশেষতঃ শিশু সেই সঙ্গে পীড়িত থাকিলে, তাহাকে অনেক দিন পর্য্যন্ত স্তন্য দেওয়া যাইতে পারে।

অনেক স্থলে শিশুর তিন চারি মাস বয়স হইলেই মাতৃদুগ্ধের অপ্রাচুর্য্য বশতঃ অন্য দুগ্ধ স্বল্প অল্প পরিমাণে দিতে হয়। শিশুর অন্য দুগ্ধ সহ্য না হইলে "চিকেন ব্রথ" অথবা মাছের ঝোল প্রত্যহ দুই একবার করিয়া দিতে পারা যায়। ক্রমে শিশুর বয়োবৃদ্ধির সহিত মাতৃদুগ্ধ কমিয়া আইসে; তাহাতে এই সকল আহার্য্য দ্রব্যের পরিমাণ ক্রমে বাড়াইতে হয়; এইরূপে অন্যান্য আহার্য্য দ্রব্য পরিপাক করা শিশুর অভ্যাস পাইলে মাতৃদুগ্ধ ছাড়াইবার কালে শিশুর বিশেষ ক্ষতি হয় না। দন্তোত্থান-কালে কোন কারণ বশতঃ শিশুকে স্তন্য ছাড়াইবার আবশ্যক হইলে স্তন্যদায়িনী ধাত্রী না রাখিয়া একেবারে

মাতৃদুগ্ধ ছাড়াইবার চেষ্টা করা যাইতে পারে। মাতৃদুগ্ধ ছাড়াইবার পর যতদিন না শিশুর প্রথম দন্তোদ্গম সমাপ্ত হয়, ততদিন গাভী কিম্বা ছাগীর দুগ্ধই শিশুর প্রধান আহার্য্য হওয়া আবশ্যক।

দ্বাত্রিংশ অধ্যায়।

পুয়ারপিরাল জ্বর।

পুয়ারপিরাল জ্বর একটী স্পর্শাক্রমক পীড়া; সেপ্টিসিমিয়া ও পাইমিয়ার সহিত ইহার অনেক পরিমাণে সাদৃশ্য দেখিতে পাওয়া যায়। সূতিকাবস্থায় এই পীড়া সঞ্জাত হয় বলিয়া ইহা পুয়ারপিরাল বা সূতিকা জ্বর নামে আখ্যাত হইয়া থাকে। সূতিকাবস্থায় জরায়ুর অথবা অপত্যপথের কোন অংশে সেপ্টিক বা বিয়োজনশীল পদার্থ শরীরে বিশোষিত হইয়া সচরাচর এই জ্বর উৎপাদন করে। এইজন্য কেহ কেহ ইহাকে পুয়ারপিরাল সেপ্টিসিমিয়া নামেও বর্ণন করিয়া থাকেন। পুয়ারপিরাল জ্বরগ্রস্তা রোগিণীদিগের শোণিত ও নিঃসৃত পদার্থে ব্যাক্টিরিয়া ও মাইক্রোককাই প্রভৃতি "মাইক্রো-অর্গানিজম্" বিদ্যমান থাকে। পুয়ারপিরাল জ্বরের সহিত এই সকল জীবাণুর কিরূপ সম্বন্ধ আছে, তাহা আজিও সম্যক্‌রূপে নির্ণীত হয় নাই। নিদানতত্ত্ববিৎ পণ্ডিতদিগের মধ্যে অনেকেরই বিশ্বাস যে এই সমস্ত জীবাণু পুয়ারপিরাল জ্বরের কেবল অনুষঙ্গী নহে, ইহাদিগের দ্বারা সেপ্টিক বিষ বাহিত হয় এবং ইহারা শোণিতে বিদ্যমান থাকাতে দেহের নানাপ্রকার কার্য্যবিকার উদ্ভাবিত করিয়া থাকে। কেহ কেহ বিবেচনা করেন যে, টাইফস ও টাইফয়েড জ্বরের ন্যায় পুয়ারপিরাল জ্বরও একটী বৈশেষিক পীড়া; কিন্তু ইহা যে সেইরূপ কোন বৈশেষিক পীড়া, ইহার সাধারণ লক্ষণাবলি ও পোষ্ট মর্টেম

পরীক্ষা দ্বারা তাহা বোধ হয় না। সেপ্টিসিমিয়া ও পাইমিয়ার সহিত ইহার অধিক সৌসাদৃশ্য দেখিতে পাওয়া যায়।

কারণ।—পুয়ারপিরাল জ্বরের কারণ দুই শ্রেণীতে বিভক্ত;—"অটো-জেনিটিক" বা স্বদেহজ ও "হিটারোজেনিটিক" বা বহির্ভব। অটোজেনিটিক প্রকারে জ্বরোৎপাদক বিষ রোগিণীর শরীরের একস্থানে উদ্ভূত হইয়া দেহকে সংক্রামিত করিয়া থাকে। হিটারোজেনিটিক প্রকারে ইহা বহির্ভাগ হইতে আনীত হইয়া প্রসূতিকে আক্রমণ করে।

অটোজেনিটিক বা স্বদেহজ কারণ।—জরায়ুর অভ্যন্তরে অথবা প্রসবপথে রক্তের জমাট, পরিস্রব ও মেম্ব্রেণের অবশেষ প্রভৃতি পদার্থ বিয়োজিত হইয়া শরীরে বিশোষিত হইলে পীড়া অটোজেনিটিক রূপে উৎপন্ন হইয়া থাকে। জরায়ু মধ্যে পচনশীল ভ্রূণ আবদ্ধ থাকিলে, অথবা লোকিয়া সম্যক্‌রূপে নিঃসৃত না হইয়া বিয়োজিত হইতে আরম্ভ করিলে পীড়া এইরূপে উদ্ভূত হয়। অপত্য-পথের কোন স্থল পূযময় ও বিয়োজিত হইলেও স্থানিক কারণরূপে কার্য্য করিতে পারে।

হিটারোজেনিটিক বা বহির্ভব কারণ।—বহির্ভব কারণ নানা-প্রকারে প্রসূতিকে আক্রমণ করিতে পারে। কোন কোন স্থানে বিষের উদ্ভবস্থল নির্ণয় করা অতিশয় কঠিন হইয়া পড়ে। সেপ্টিক বিষ কোন প্রকারে এক রোগিণীর দেহ হইতে আনীত হইয়া অন্য রোগিণীকে আক্রমণ করিতে পারে। সূতিকা হাসপাতালসমূহে এইরূপ সংক্রমণ সময়ে সময়ে স্পষ্টরূপে লক্ষিত হইয়া থাকে। তথায় এণ্টিসেপ্টিক দ্রব্যাদি সম্যক্‌রূপে ব্যবহৃত না হইলে পুয়ারপিরাল জ্বর রোগিণীদিগের মধ্যে দ্রুতবেগে সঞ্চারিত হইতে দেখা যায়। গৃহস্থের বাটীতেও চিকিৎসক অথবা ধাত্রীর অসাবধানতা বশতঃ এরূপ অনিষ্ট উদ্ভূত হইয়া থাকে। তাঁহারা এণ্টিসেপ্টিক দ্রব্যাদি সম্যক্‌রূপে ব্যবহার না করাতে সেপ্টিক বিষ তাঁহাদিগের দ্বারা বাহিত হইয়া প্রসূতিকে সংক্রামিত করে। তাঁহাদের কোন স্থলে কোন একটী অস্বাস্থ্যকর ক্ষত থাকিলে তন্নিঃসৃত পদার্থদ্বারাও প্রসূতি বিষীকৃত হইতে পারেন। কয়েক বৎসর পূর্ব্বে আমেরিকার জনৈক চিকিৎসক কতকগুলি রোগিণীর প্রসব সাধন করিয়াছিলেন। তন্মধ্যে অনেকেই পুয়ারপিরাল জ্বরে আক্রান্ত হয়

এবং এক বৎসরে তাঁহার চিকিৎসাধীন সেই রোগিণীদের মধ্যে ৪৫ জনের ঐ কারণে মৃত্যু হইয়াছিল। চিকিৎসক নানা চেষ্টা করিয়াও সেই সংক্রামণের কারণ নির্ণয় করিতে পারেন নাই। অবশেষে স্থির হইল যে, সেই সংক্রামণের কারণ তাঁহারই নিজ শরীরে বিদ্যমান ছিল; তিনি ওজিনা রোগগ্রস্ত থাকাতে তাঁহার নাসারন্ধ্র-নিঃসৃত পূঁয়ময় দূষিত পদার্থদ্বারাই ঐ সকল রোগিণী পীড়াক্রান্ত হইয়াছিলেন। একটী পুয়ারপিরাল জ্বরগ্রস্তা রোগিণী যে সমস্ত স্পঞ্জ, লিনেন, অথবা অন্য কোন বস্তু ব্যবহার করেন, অপর কর্তৃক তাহা ব্যবহৃত হইলে সংক্রামণের কারণ হইতে পারে।

পোষ্ট মর্টেম, অথবা শবচ্ছেদ গৃহ হইতে বিয়োজিত বিষাক্ত পদার্থ বায়ু বা অন্য কোন দ্রব্যের সংস্পর্শে সূতিকাগৃহে আনীত হইলে তদ্দ্বারা পুয়ারপিরাল জ্বর উদ্ভাবিত হইবার অধিক সম্ভাবনা। এইরূপ শোচনীয় ঘটনা বিরল নহে। বড় বড় হাসপাতালে অসাবধানতা বশতঃ সময়ে সময়ে এইরূপ ঘটনা ঘটিয়া থাকে। বিয়ানস্থ মেডিকেলস্কুলের কতকগুলি ছাত্র শবচ্ছেদ করিয়া সূতিকাবিভাগে যাইয়া কতকগুলি গর্ভিণীকে প্রসব করাইয়াছিল। তাহাদের এই অসাবধানতার বিষময় ফল অচিরে ফলিয়াছিল;—তাহারা যে সমস্ত স্ত্রীলোকের প্রসবকার্য্যে সহায়তা করিয়াছিল, তন্মধ্যে অনেকেই পুয়ারপিরাল জ্বরে আক্রান্ত হইয়া দশমাংশ রোগিণী মৃত্যুমুখে পতিত হয়। ছাত্রেরা যখন বুঝিতে পারিল যে, এণ্টিসেপ্টিক দ্রব্যাদি সম্যক্‌রূপে ব্যবহৃত না হওয়াতে সেই সকল প্রসূতি পুয়ারপিরাল জ্বরে আক্রান্ত হইয়াছিল, তখন তাহারা পীড়ার কারণ বিদূরণে প্রবৃত্ত হইল, এবং পীড়াও একবারে অনেক পরিমাণে কমিয়া গেল।

সূতিকাগারের বায়ু দূষিত হইয়া পুয়ারপিরাল জ্বরের কারণ হইতে পারে; এইজন্য যে সমস্ত সূতিকাবিভাগে একত্রে অনেক প্রসবিনী সংস্থাপিত হয়, এবং তৎসঙ্গে স্বাস্থ্য-বিধায়ক উপায় সম্যক্‌রূপে অবলম্বিত হয় না, তথায় এই অনিষ্টকর পীড়া উদ্ভূত হইবার অধিক সম্ভাবনা। স্কার্লেটিনা, টাইফয়েড, বসন্ত, ডিফ্‌থিরিয়া ও বিসর্প প্রভৃতি পীড়া দ্বারাও প্রসূতি সংক্রামিত হইয়া পুয়ারপিরাল জ্বরে আক্রান্ত হইতে পারেন। কিরূপে এই সকল বৈশেষিক পীড়ার সংক্রমণে সময়ে সময়ে পুয়ারপিরাল জ্বর সমুদ্ভূত হয়, তাহা স্পষ্ট বুঝিয়া উঠা যায় না। এই সকল বৈশেষিক পীড়ার সহিত পুয়ারপিরাল

জ্বরের কোনরূপ সম্বন্ধ থাকিতে পারে। সম্ভবতঃ এই সকলের সহিত অন্য কোন কারণ বিদ্যমান থাকিয়া পুয়ারপিরাল জ্বর উদ্ভাবিত করিয়া থাকে।

বিষীকরণ,—ইহার স্থানিক ও সার্ব্বাঙ্গিক কার্য্যফল।—জরায়ু-প্রাচীরে পরিস্রবের স্থিতিস্থানের উন্মুক্ত বক্তনালী, অথবা জরায়ু-গ্রীবা ও যোনির ক্ষতস্থান দিয়া বিষাক্ত পদার্থ সচরাচর শরীরে বিশোষিত হইয়া থাকে। জননেন্দ্রিয়ে কোনরূপ উন্মুক্ত স্থল না থাকিয়াও কোন কোন রোগিণীর বিষী-করণ হইতে দেখা যায়;—এইরূপে প্রসবের পূর্ব্বেও প্রসবিণী পুয়ারপিরাল জ্বর-বিষে সংক্রামিত হইতে পারেন। পুয়ারপিরাল জ্বরবিষে বিষীকৃত হইলে দেহের ভিন্ন ভিন্ন স্থানে কতকগুলি "লিশন" সমুদ্ভূত হইতে পারে। কোন কোন স্থলে জরায়ু ও যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে প্রদাহ হইয়া তত্তৎস্থানে অস্বাস্থ্যকর পূয়ময় পদার্থ উদ্ভূত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে প্রদাহ সমগ্র জরায়ুতে পরিব্যাপ্ত হইয়া পূর্ণ মিট্রাইটিস্ সমুদ্ভূত হয়; আবার কোন স্থলে বা জরায়ু যে সমস্ত টিসু দ্বারা আচ্ছন্ন এবং মূত্রাশয় ও নিকটস্থ অপরাপর যন্ত্রের সহিত সংযুক্ত থাকে, তৎসমস্তই প্রদাহিত হইয়া বস্তিতে সেলিউলাইটিস্ উদ্ভাবন করিতে পারে; এইরূপ স্থলে পেরিটোনাইটিস্ প্রায়ই বিদ্যমান থাকে। পেরিটোনিয়মের প্রদাহ কেবল বস্তিগহ্বরে বিদ্যমান থাকা অতি বিরল; ইহা অনেক স্থলে অল্প বা অধিক পরিমাণে এবডোমেন-গহ্বরে বিস্তারিত হইয়া পড়ে।

পুয়ারপিরাল জ্বরবিষ শরীরে বিশোষিত হইয়া নিকটস্থ লসিকা গ্রন্থি দ্বারা অবরুদ্ধ হইয়া পড়িলে, আর অধিক দূর বিস্তৃত না হইয়া সেই সমস্ত গ্রন্থিকে প্রদাহিত করিতে পারে; কিন্তু তাহা না হইয়া অনেক স্থলে সেপ্টিক পদার্থ সাধারণ শোণিত-সঞ্চালনে আনীত হইয়া পীড়াকে প্রকৃত সেপ্টিসিমিয়া ও পাইমিয়ারি প্রকৃতিতে আনয়ন করে। পীড়া এইরূপ প্রকৃতি ধারণ করিলে ইহার লক্ষণাবলি সম্যক্‌রূপে পরিস্ফুট হইবার পূর্ব্বেই বিষীকরণের প্রাবল্যে রোগিণীর মৃত্যু হইতে পারে। এরূপ হইলে মৃত্যুর পর দেহ পরীক্ষা করিয়া কোন বিশেষ "লিশন" না পাইবারই সম্ভাবনা;—হয়ত কেবল শোণিতের তরলতা ও ইহার বর্ণের গাঢ়তা বিদ্যমান থাকে। অভ্যন্তরীণ যন্ত্রসমূহের বাহ্যপ্রদেশে স্থানে স্থানে এক্কিমোসিসও থাকিতে পারে। পীড়া যে স্থলে

সেপ্টিসিমিয়া প্রকৃতি ধারণ করে, তথায় রোগিনীর মৃত্যুর পর প্লুরী, পেরিকার্ডিয়ম, পেরিটোনিয়ম, ও সন্ধিস্থলসমূহে শোণিতাধিক্য ও প্রদাহ এবং অন্ত্র ও অন্যান্য যন্ত্রের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে শোণিতাধিক্য, একিমোসিস এবং সময়ে সময়ে ক্ষত দৃষ্ট হইয়া থাকে।

পীড়া পাইমিয়া প্রকৃতি ধারণ করিলে ফুসফুস, যকৃৎ, মূত্রগ্রন্থি প্রভৃতি যন্ত্রসমূহে এব্‌সেস সঞ্জাত হইতে পারে। জরায়ু কিম্বা অন্য কোন স্থল হইতে এম্বোলাই আনীত হইয়া এই সকল যন্ত্রে এব্‌সেস উৎপাদন করা বিরল নহে। এই সকল এব্‌সেসে মাইক্রোককাই বিদ্যমান থাকে। কেহ কেহ বিবেচনা করেন, পীড়া কেবল সেপ্টিসিমিক প্রকৃতির হইলে শোণিতে মাইক্রোককাই বিদ্যমান থাকে না,—পাইমিক প্রকৃতির হইলেও থাকে।

লক্ষণ।—এই পীড়ার লক্ষণাবলি প্রধানতঃ বিষীকরণের পরিমাণ ও যন্ত্রসমুদায়ের উপর তাহার কার্য্যফল অনুসারে প্রস্ফুটিত হইয়া থাকে। কোনরূপ প্রাদাহিক অবস্থা উৎপাদিত হইবার পূর্ব্বেই যেস্থলে কেবল বিষীকরণের প্রাথর্য্যে পীড়া সাংঘাতিক হইয়া পড়ে, তথায় শরীরতাপ-বৃদ্ধি ও দেহের সাধারণ বলক্ষুণ্ণতা ব্যতিরেকে অন্য কোন বিশেষ লক্ষণ পরিলক্ষিত না হইতে পারে। সচরাচর প্রসবের দুই তিন দিবস পরে জ্বরের লক্ষণাবলি প্রকাশ পায়। প্রসবের পূর্ব্বে অথবা প্রসবকালে রোগিনী বিষীকৃত হইলে লক্ষণাবলি আরও অল্প সময়ের মধ্যে প্রকাশ পাইতে পারে। প্রসবের পর পাঁচ ছয় দিন গত হইলে পুয়ারপিরার জ্বরাক্রমণের সম্ভাবনা অনেক পরিমাণে কমিয়া যায়। এই সময়ে জরায়ুর ইন্‌ভলিউশন সম্যক্‌রূপে হইলে পরিস্রবের স্থিতিস্থলের উন্মুক্ত নালীসমুদায় সুচারুরূপে বদ্ধ হইয়া পড়ে এবং প্রসবপথের কোন অংশে ক্ষত থাকিলে তাহাও সারিয়া উঠে, অথবা গ্রাণুলেশন টিসু দ্বারা আচ্ছাদিত হইয়া থাকে। এই সকল পরিবর্ত্তন হওয়াতে প্রসবের পর ৫।৬ দিন গত হইলে পীড়াবিষ দেহে সহজে প্রবেশ করিতে পারে না।

পীড়া স্পষ্টরূপে প্রকাশ পাইবার পূর্ব্বে অনেক স্থলে দেহের অবসন্নতা, ক্ষুধামান্দ্য প্রভৃতি কতকগুলি দৌর্ব্বল্যসূচক লক্ষণ প্রকাশ পাইয়া থাকে;—কোন কোন স্থলে অকস্মাৎ অল্প সময়ের মধ্যেই প্রকাশ পায়। পীড়াপ্রকাশের প্রারম্ভে সচরাচর রোগিনীর শীতবোধ হয়; কাহার কাহার কম্পন বা শীত

গার” প্রকাশ পাইয়া থাকে। শৈত্যবোধের সঙ্গে সঙ্গে—কখন কখন তাহার পূর্ব্ব হইতেও শারীর-তাপ ও নাড়ীর ঘনতা বৃদ্ধি পাইতে আরম্ভ করে। নাড়ীর ঘনতাবৃদ্ধির সহিত প্রায়ই তাহা খর্ব্বায়তন ও নমনীয় হইয়া পড়ে। পীড়া কঠোর প্রকৃতির হইলে ইহার স্পন্দন ১২০ হইতে ১৪০—কখন কখন ইহা অপেক্ষাও বেশী হইতে দেখা যায়। পুয়্যারপিরাল জ্বরে শারীর-তাপ স্বল্পবিরাম ভাব অবলম্বন করে; জ্বর সর্ব্বদাই বিদ্যমান থাকে,—তবে মধ্যে মধ্যে তাহা অল্প বা অধিক পরিমাণে কমিয়া আইসে, কিন্তু সম্পূর্ণ বিরামপ্রাপ্ত হয় না। তাপের হ্রাসবৃদ্ধি সকল সময়েই হইতে পারে। কোন কোন স্থলে দিবারাত্রির মধ্যে অনেকবার তাপের উত্থান ও পতন হইয়া থাকে। তাপের এইরূপ উত্থান ও পতন পীড়া-নির্ণয়ে বিশেষ সহায়তা করে। শারীর তাপ সচরাচর ১০২।১০৪ ডিগ্রীতে উত্থিত হয়। পীড়া দুরূহ প্রকৃতির হইলে তাপ ১০৫, এমন কি ১০৬ ডিগ্রীতেও উঠিতে পারে। এইরূপ উচ্চ শারীর তাপ বিরাম না পাইয়া নিরবচ্ছিন্ন একভাবে থাকিলে রোগিনীর অবস্থা সাতিশয় সঙ্কটাপন্ন বলিয়া সূচিত হয়। পীড়া পাইমিক প্রকৃতি অবলম্বন করিলে রাইগার হইতে থাকে। প্রত্যেক রাইগারের সঙ্গে সঙ্গেই শারীর তাপ হঠাৎ অধিক বাড়িয়া উঠে এবং রাইগারের অপগমে অল্প সময়ের মধ্যেই কমিয়া আইসে। রাই-গারের পূর্ব্বে তাপ যত থাকে; রাইগারের পর তাহা কমিয়া তদপেক্ষাও নিম্নে আসিতে পারে। পীড়া কঠিন প্রকৃতির হইলে তাপ না কমিয়া সমভাবে থাকিবার সম্ভাবনা এবং তাহার সহিত অন্যান্য দুর্লক্ষণ প্রস্ফুটিত হইয়া রোগিনীকে মৃত্যুমুখে পাতিত করিতে পারে। কোন কোন স্থলে পীড়ার উপশম না হইয়াই তাপ কমিয়া স্বাভাবিক সীমার নিম্নে আসিয়া পড়ে। এই কোল্যাপ্স অবস্থা অতীব সঙ্কটময়; রোগিনী অনেক সময় এই অবস্থা হইতে উদ্ধার পান না। কোন কোন স্থলে এই সঙ্কটময় অবস্থা অনেক ক্ষণ—এমন কি দুই তিন দিবস থাকিয়া রোগিনী আরোগ্য লাভ করিয়া থাকেন। পীড়া কমিতে আরম্ভ করিলে জ্বরের অনেক পরিমাণে বিরাম হইতে দেখা যায়; তখন সেই বিরাম ভাব অনেক দিন পর্য্যন্ত বিদ্যমান থাকে। এইরূপে জ্বর ক্রমে অপগত হইলে, সঙ্গে সঙ্গে দেহের সাধারণ অবস্থার উৎকর্ষ লক্ষিত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে শারীর তাপ ক্রমাগত উচ্চভাবে থাকিয়াই সহসা

স্বাভাবিক হইয়া পড়ে এবং তৎসঙ্গে পীড়ার অন্যান্য লক্ষণও বিদূরিত হয়। শারীর তাপের হ্রাসের সহিত নাড়ীর সংখ্যাও কমিয়া আইসে, কিন্তু সাধারণ দুর্ব্বলতা অধিক থাকিলে, বিশেষতঃ তাহার সহিত দেহের শোণিত-পরিমাণ কম হইয়া পড়িলে নাড়ীর সংখ্যা একেবারে কমিয়া স্বাভাবিক হয় না;—দেহের সাধারণ অবস্থার উৎকর্ষের সহিত উহা ক্রমে ক্রমে কমিয়া স্বাভাবিক হইয়া থাকে। কিন্তু পুয়ারপিরাল জ্বরে এইরূপ মঙ্গলকর লক্ষণ উদ্ভূত হইলেও সকল স্থলে রোগিনীকে নিরাপদ বলা যাইতে পারে না; কেননা রোগিনীর অবস্থার উন্নতি আরম্ভ হইয়াও অল্প সময়ের মধ্যেই দুর্লক্ষণনিচয় আবার প্রকাশ পাইতে পারে। পুয়ারপিরাল পীড়া পুরাতন হইয়া দেহের স্থানে স্থানে পুয়োদ্ভব হইলে শারীর তাপের উত্থান ও পতন অনেক দিবস ধরিয়া হইতে থাকে এবং জ্বর হেক্‌টিক প্রকৃতি অবলম্বন করে।

শারীর তাপ বৃদ্ধির সহিত দেহের সাধারণ দৌর্ব্বল্যসূচক অন্যান্য লক্ষণাবলি প্রকাশ পাইয়া থাকে। এইরূপ বলক্ষুণ্ণতা মুখমণ্ডলে স্পষ্টরূপে সূচিত হয়। মুখমণ্ডল বিবর্ণ ও ফেকাশিয়া ভাবাপন্ন, চক্ষু কোটরমগ্ন হইয়া পড়ে এবং একপ্রকার উৎকট উদ্বেগসূচক লক্ষণ সমগ্র মুখমণ্ডলে প্রকাশ পাইতে থাকে। পীড়া সামান্য প্রকৃতির হইলে এই সমস্ত লক্ষণের আধিক্য দেখা যায় না; কিন্তু পীড়ার দুর্ব্বলকর প্রভাব সকল স্থলেই স্পষ্ট লক্ষিত হইয়া থাকে। এই সময়ে সর্ব্বাঙ্গে স্বেদ নির্গত হইতে থাকে; কিন্তু তাহাতে শারীর তাপ বিশেষ হ্রাস পায় না এবং রোগিনীর কষ্টেরও লাঘব হয় না। এই পীড়ায় প্রায়ই রোগিনীর জ্ঞান অব্যাহত থাকিতে দেখা যায়; যেস্থলে শারীর তাপ নিরবচ্ছেদে সমান উচ্চভাবে এবং তৎসঙ্গে অন্যান্য কঠোর লক্ষণ বিদ্যমান থাকে, সেরূপ অবস্থাতেও রোগিনী জ্ঞানশূন্য না হইতে পারেন। শারীর তাপ সাতিশয় বাড়িয়া উঠিলে কোন কোন স্থলে তন্দ্রা ও প্রলাপ সমুদ্ভূত হয়; জ্বর কমিয়া আসিলে মস্তিষ্কের বিকার-লক্ষণ বিদূরিত হইয়া থাকে। এই পীড়ায় শোণিতাধিক্যবশতঃ মস্তিষ্কের কার্য্যবিকার হওয়া অতি বিরল। দেহের সাধারণ অবস্থা জিহ্বায় অনেক পরিমাণে প্রতিফলিত হয়। জিহ্বা লেপযুক্ত হইয়া পড়ে; লেপ প্রথমে সাদা থাকে, পীড়ার আতিশয্যে তাহা কৃষ্ণাভ বর্ণ ধারণ করে এবং তৎকালে জিহ্বার আর্দ্রতাও কমিয়া যায়। অন্ত্র-

মণ্ডলের উত্তেজিত ভাব থাকিলে তাহা জিহ্বাতেও লক্ষিত হয়। যদি স্নায়বিক দুর্ব্বলতা থাকে, জিহ্বা বাহির করিলে ইহার কম্পন দৃষ্ট হয়; রোগিনীর নিদ্রা না হইলে এই কম্পন অল্প সময়ের মধ্যেই উৎপাদিত হইতে পারে। রোগিনীকে প্রায়ই উদরাময় ও বমনে নিপীড়িত হইতে দেখা যায়। উদরাময় ও বমন অল্প পরিমাণে হইলে পীড়ার বিষ দেহ হইতে কিয়ৎপরিমাণে নিষ্কাশিত হইয়া রোগোপশমে সহায়তা করে। কিন্তু এই সকল নিঃসরণ অধিক পরিমাণে হইলে উপসর্গরূপে কার্য্য করিয়া রোগিনীকে দুর্ব্বল করিতে থাকে। পাকস্থলী অথবা অন্ত্রমধ্যে উত্তেজিত ভাব থাকিলে নিষ্কাশিত পদার্থে শ্লেষ্মা ও বিকৃত শোণিত বিদ্যমান থাকিতে পারে। এইরূপ কষ্টকর লক্ষণের সহিত রোগিনীর শ্বাসপ্রশ্বাস দ্রুত ও কষ্টসাধ্য হইয়া পড়ে। এইরূপ শ্বাসকৃচ্ছ্র সম্ভবতঃ শোণিতের বিষীকরণ হইতে উদ্ভূত হইয়া থাকে। বিষীকৃত শোণিত স্নায়ু-মণ্ডলের শ্বাসসংক্রান্ত অংশকে পীড়িত করাতে এই অবস্থা উদ্ভূত হইতে পারে।

পীড়া প্রকাশ পাইলে লোকিয়ার নিঃস্রবণ কমিয়া যায়; কোন কোন স্থলে তাহা সম্পূর্ণ বন্ধ হইয়া আইসে। পীড়া "অটোজেনিটিক" বা স্বদেহজ হইলে বিয়োজন বশতঃ লোকিয়া পূতিগন্ধবিশিষ্ট হইয়া পড়ে; তৎকালে প্ল্যাসেণ্টা ও মেম্ব্রেণের অবশেষ এবং শোণিতক্লট অল্প অল্প পরিমাণে ক্রমে ক্রমে নিঃসৃত হইতে থাকে। জরায়ু-গহ্বর অথবা অপত্যপথে একবার বিয়োজন-ক্রিয়া আরম্ভ হইলে তাহা অল্প সময়ের মধ্যেই বাড়িয়া উঠে,—সহজে নিবারিত হয় না। লোকিয়ার এই সকল পরিবর্ত্তনের সহিত দুগ্ধক্ষরণ কমিয়া আইসে, অথবা একবারে বন্ধ হইয়া পড়ে।

কোনস্থলে প্রদাহিত অবস্থা উৎপাদিত হইলে তাহার নির্দ্দেশক লক্ষণাবলী সমুদ্ভূত হইতে থাকে। জরায়ুতে প্রদাহ থাকিলে এই যন্ত্রে বেদনা অনুভূত হয়। বেদনা সকল সময়েই বিদ্যমান থাকে। তাহার উপর কোন কারণে জরায়ুর কুঞ্চিত ভাব বৃদ্ধি পাইলে সঙ্গে সঙ্গে বেদনাও বাড়িয়া উঠে। জরায়ুর এই ক্ষণিক কুঞ্চিত ভাব কমিয়া গেলে বেদনা কমিয়া পূর্ব্বের ন্যায় হইয়া পড়ে; কিন্তু সম্পূর্ণ অপগত হয় না। প্রদাহবশতঃ জরায়ুর ইন্‌ভলিউশনের ব্যতিক্রম হয় এবং ইহার আয়তনও বাড়িয়া উঠে। বস্তিগহ্বরে সেলিউলাইটিস থাকিলে জরায়ুর সন্নিকটস্থ অংশ সমুদায়ে বেদনা ও স্ফীতভাব অনুভূত হয়।

ক্রমে প্রদাহিত স্থল পূয়ময় হইয়া পড়িলে স্ফীতভাব বৃদ্ধি পাইতে থাকে এবং ফ্লাকচুয়েশন দ্বারা পুয় বুঝিতে পারা যায়।

পেরিটোনাইটিস থাকিলে বেদনা অতিশয় তীব্রভাবে প্রকাশ পাইয়া থাকে। এই বেদনা গভীরস্থিত নহে,—এবডোমেন-প্রাচীরের নিম্ন স্তরেই সংস্থিত, অনেকস্থলে তাহা সহজে বুঝিতে পারা যায়। সময়ে সময়ে এই বেদনা এত তীব্র হইয়া থাকে যে, এবডোমেন-প্রাচীরের উপর সামান্ত সংস্পর্শে রোগিনী চমকিয়া উঠেন; তাঁহার বেদনা অসহনীয় বলিয়া বোধ হয়; এমন কি কখন কখন শয্যাবস্ত্রের ভারও তাঁহার নিতান্ত অসহ্য হইয়া উঠে। তাঁহার শরীর সংস্থানেরও বৈচিত্র্য লক্ষিত হয়। তিনি উত্তানভাবে হাঁটু গুটাইয়া শুইয়া থাকেন। তাহাতে এবডোমেন-প্রাচীরের পেশী সমুদায় কিয়ৎপরিমাণে শিথিল ভাবে থাকিতে পারে। বেদনাপ্রযুক্ত এবডোমেন-প্রাচীর প্রায়ই নিষ্ক্রিয় অবস্থায় থাকাতে শ্বাসকার্য্য প্রধানতঃ থোরাক্স প্রাচীরস্থিত পেশী সমুদায় দ্বারা সম্পাদিত হইয়া থাকে। শ্বাসকার্য্য থোরাসিক হওয়াতে নিশ্বাস অগভীর হইয়া পড়ে; তাহাতে নিশ্বাসের ঘনতাও বর্দ্ধিত হইয়া থাকে। এই সকল অবস্থার সহিত টিম্প্যানাইটিস্ থাকিলে রোগিণীর যন্ত্রণা অধিক বাড়িয়া উঠে। পেরিটোনাইটিস্ অধিক পরিমাণে থাকিয়াও কোন কোন স্থলে বেদনা অধিক না থাকিতে পারে। এরূপ অবস্থায় রোগিনীর মৃত্যু হইলে যদি শবচ্ছেদ করিয়া পরীক্ষা করা যায়, পেরিটোনাইটিসের নির্দ্দেশক চিহ্নসমূহ লক্ষিত হয়। যেস্থলে বেদনা অধিক অনুভূত না হয়, তথায় স্নায়বিক অবসাদ প্রায়ই অধিক পরিমাণে বিদ্যমান থাকে। পেরিটোনাইটিসে নাড়ী কঠিন ও ক্ষীণাকৃতি ধারণ করে; তাহা অল্প থাকিলে নাড়ীর এরূপ প্রকৃতি স্পষ্টরূপে উৎপাদিত না হইতে পারে। এতদ্ব্যতীত দেহের অন্যান্য স্থলে প্রাদাহিক অবস্থা অথবা অন্য কোন উপসর্গ উৎপাদিত হইলে তৎসমুদায়ের নির্দ্দেশক লক্ষণও প্রকাশ পাইয়া থাকে।

দেহের কোনরূপ পীড়াপ্রবণতা থাকিলে সূতিকাবস্থার দুর্ব্বলতা অনেকস্থলে সেই পীড়ার উত্তেজক কারণ রূপে কার্য্য করিয়া তাহা সমুদ্ভাবিত করিতে পারে। ম্যালেরিয়া বিষ যাঁহাদিগের শরীরে একবার প্রবেশ করিয়াছে, সূতিকাবস্থায় তাঁহারা এই বিষে পুনরায় আক্রান্ত না হইলেও কোন কোন স্থলে ম্যালেরিয়া

জ্বরের লক্ষণাবলি প্রকাশ পাইতে দেখা যায়। ম্যালেরিয়া জ্বর এইরূপে প্রকাশ পাইলে কেহ কেহ ইহাকে পুয়ারপিরাল ম্যালেরিয়াল জ্বর বলিয়া বর্ণন করিয়া থাকেন। এরূপ জ্বরপ্রকাশ অন্যান্য দুর্ব্বলকর কারণেও হইয়া থাকে। ম্যালেরিয়া জ্বরে যাঁহারা একবার আক্রান্ত হইয়াছেন, ম্যালেরিয়া বিষহীন স্বাস্থ্যকর স্থলে বাস করিয়াও শৈত্য স্পর্শ, অথবা অন্য কোন উত্তেজক কারণে তাঁহাদের দেহে ম্যালেরিয়া জ্বর সময়ে সময়ে স্পষ্টরূপে প্রকাশ পায়। প্রসূত অবস্থায় এই পীড়া সহজে উৎপাদিত হইতে পারে। সূতিকাবস্থায় এই জ্বর সমুদ্ভূত হইলে হঠাৎ ইহাকে প্রকৃত পুয়ারপিরাল জ্বর বলিয়া ভুল হইবার সম্ভাবনা। সময়ে সময়ে পুয়ারপিরাল জ্বরের সহিত এই পীড়া এককালে বিদ্যমান থাকিতে পারে। পীড়া এইরূপ দ্বৈধ প্রকৃতি ধারণ করিলে রোগ নির্ণয় আরও কঠিন হইয়া পড়ে। এই রূপ স্থলে কুইনাইন প্রয়োগ প্রকৃত রোগ নির্ণয়ে চিকিৎসকের বিশেষ সহায়তা করে। কুইনাইন প্রয়োগে পীড়া আশু উপশমিত হয়, অথবা ইহাতেই রোগ বিদূরিত হইয়া যায়।

চিকিৎসা।—"পীড়া আরোগ্য করা অপেক্ষা তাহার উদ্ভব নিবারণ করা শ্রেয়ঃ।" এই সারগর্ভ বাক্য পুয়ারপিরাল জ্বরের চিকিৎসায় অতি সুন্দর রূপে প্রয়োজিত হইতে পারে। এই পীড়ার উদ্ভব নিবারণ করা যত সহজ, ইহা প্রস্ফুটিত হইলে বিদূরিত করা তত সহজ নহে। যে সকল কারণ পীড়ার উৎপত্তি ও বিস্তৃতি সাধনে সহায়তা করে, তৎসমুদায়ের দূরীকরণকে নিবারক চিকিৎসা বলা যায়; এবং পীড়া উৎপন্ন হইলে তাহার প্রকৃতি অনুসারে বিদূরণোপযোগী ঔষধাদি প্রয়োগ ও স্বাস্থ্যকর উপায় অবলম্বন আরোগ্যসাধক চিকিৎসা নামে বর্ণিত হইয়া থাকে।

প্রোফাইল্যাক্টিক বা নিবারক চিকিৎসা।—পুয়ারপিরাল জ্বরের কারণ সম্বন্ধে যাহা বলা হইয়াছে, তদ্দ্বারা সহজে বুঝা যাইতে পারে যে, এই পীড়া আরোগ্য করা অপেক্ষা ইহার উদ্ভব নিবারণ করা সহজ। এই পীড়ার নিবারণ অনেক পরিমাণে চিকিৎসকের করায়ত্ত। পীড়া নিবারণ করিতে হইলে যাহাতে ইহা উৎপাদিত হইতে না পারে এবং উৎপাদিত হইলে যাহাতে ইহা অন্য প্রসূতিকে আক্রমণ করিতে না পারে, তদুপযোগী উপায় অবলম্বন করা আবশ্যক।

পুয়ারপিরাল জ্বর অনেক স্থলে স্বদেহজ কারণ হইতে জনিত হইয়া থাকে। এইজন্য প্রসবান্তে জরায়ুর অভ্যন্তরে যাহাতে প্ল্যাসেণ্টা ও মেম্ব্রেণের অবশেষ না থাকিতে পায়, তদ্বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। অপত্যপথের কোন স্থলে প্রসবজনিত ক্ষত হইলে "এণ্টিসেপ্টিক" প্রণালীতে তাহার নিয়মিত চিকিৎসা করা আবশ্যক। লোকিয়া বহির্নিঃসৃত না হইয়া জরায়ু-গহ্বরে আবদ্ধ থাকিলে অতি অল্প সময়ের মধ্যেই বিয়োজিত হইতে আরম্ভ হয়। জরায়ু গহ্বরে অথবা ইহার মুখপ্রদেশে বিয়োজন-ক্রিয়া একবার আরম্ভ হইলে অল্প সময়ের মধ্যেই তাহা বিস্তৃত হইয়া পড়ে এবং পুয়ারপিরাল জ্বরের কারণ-রূপে কার্য্য করিয়া থাকে। এইজন্য রোগিণীর শৌচাচার এবং তাঁহার বাসগৃহ ও পরিবেষ্টক পদার্থের স্বাস্থ্যকর অবস্থার প্রতি বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। কোনরূপ "ডিস্ইন্‌ফেক্টাণ্ট" ঔষধে কর সিক্ত না করিয়া প্রসবের পরবর্ত্তী প্রথম কয়েক দিবস প্রসূতির জননেন্দ্রিয় স্পর্শ করা উচিত নহে। কার্ব্বলিক এসিডের অথবা বাইক্লোরাইড অব্ মার্করীর উইক সলিউশন, কিম্বা পার্ম্মঙ্গনেট অব্ পটাশ লোশন দ্বারা ভল্‌ভা প্রত্যহ ধৌত করিয়া দেওয়া আবশ্যক। এই সকল লোশনে প্রতিদিন যোনির অভ্যন্তরে পিচকারী দেওয়া উচিত। ইহাতে রোগিণী অনেক পরিমাণে আরাম পান এবং লোকিয়া অবাধে নিঃসৃত হইতে থাকে। রোগিণীর বসন ও বাসস্থান প্রভৃতি পরি-বেষ্টক পদার্থের প্রতি বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। তাঁহার নিকট হইতে সমস্ত দূষিত বস্ত্র ও সংক্রামক কারণ অন্তরিত করা উচিত। প্ল্যাসেণ্টা ও মেম্ব্রেণ নির্গত হইবামাত্র দূরীকৃত করা কর্ত্তব্য। সূতিকা-হাঁসপাতালে পুয়ারপিরাল জ্বরাক্রান্ত রোগিণীরা যাহাতে পৃথক্ পৃথক্ গৃহে অবস্থিত হয়, তদ্বিষয়ে দৃষ্টি রাখা উচিত। স্থানাভাব অথবা অন্য কোন কারণে ইহা অসম্ভব হইয়া পড়িলে তাহাদিগকে অন্যান্য রোগিণী হইতে যতদূর সম্ভব অন্তরে রাখা আবশ্যক। সূতিকাবস্থার চিকিৎসা-বর্ণন-কালে এই সকল বিষয় সবিস্তারে আলোচিত হইয়াছে।

কিউরেটিব বা আরোগ্যসাধক চিকিৎসা।—পীড়া সঞ্জাত হইলে আর অধিক বিষ যাহাতে দেহমধ্যে প্রবেশ করিতে না পাবে এবং দেহস্থিত বিষ যাহাতে নিস্তেজ হয় এবং দেহ হইতে নিষ্কাশিত হইতে থাকে, অচিরে

তদুপযোগী উপায় অবলম্ব করা আবশ্যক। তৎসঙ্গে দেহ যাহাতে পীড়াপ্রযুক্ত সাতিশয় দুর্ব্বল হইয়া না পড়ে, উপযুক্ত ঔষধাদি দ্বারা তাহার উপায় বিধান করা কর্ত্তব্য। কষ্টপ্রদ লক্ষণাবলি বিদূরণ করা উচিত এবং স্থানিক উপসর্গ নিচয়ের উদ্ভব নিবারণ এবং তৎসমুদায় উদ্ভূত হইলে বিদূরণ করা আবশ্যক।

দেহে যে পরিমাণ বিষ প্রবেশ করিয়াছে, যাহাতে তাহার অধিক আর প্রবেশ করিতে না পায়, তজ্জন্য শরীরের কোন্ স্থল হইতে বিষ শোষিত হইতেছে, অথবা বিষ কোথা হইতে আসিয়া রোগিনীকে বিষাক্ত করিতেছে, তাহা সম্যক্‌রূপে অগ্রে নির্ণয় করা আবশ্যক। জরায়ু-গহ্বরে রক্তের জমাট, প্ল্যাসেণ্টা ও মেম্ব্রেণের অবশেষ প্রভৃতি বিযোজনশীল পদার্থ থাকিলে নিয়মিত-রূপে তাহা ধুইয়া বাহির করিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য। এই উদ্দেশে কার্ব্বলিক এসিড, কণ্ডিস ফ্লুইড, টিঞ্চার আইওডাইন প্রভৃতি ঔষধ জলের সহিত মিশাইয়া ব্যবহার করিতে হয়। বাইক্লোরাইড অব্ মার্কারিও এই উদ্দেশে ব্যবহৃত হইয়া থাকে। কার্ব্বলিক এসিড লোশন ব্যবহার করিতে হইলে প্রথম প্রথম একভাগ ঔষধি ৫০ ভাগ জলের সহিত মিশাইয়া ব্যবহার করা আবশ্যক; পরে দুর্গন্ধ বিদূরিত হইলে লোশনের তেজ কমাইয়া দেওয়া কর্ত্তব্য। পার্মাঙ্গানেট অব পটাস ও টিঞ্চার আইওডাইন ব্যবহার করিতে হইলে অধিক জলের সহিত মিশাইয়া লইতে হয়। বাইক্লোরাইড অব্ মার্কারী ব্যবহার করিতে হইলে ১ ভাগ ঔষধি অন্ততঃ সহস্র ভাগ জলের সহিত মিশ্রিত করিয়া ব্যবহার করা উচিত। এই ঔষধি এই উদ্দেশে আরও অধিক ভাগ (২০০০ ভাগ) জলের সহিত মিশ্রিত হইয়া ব্যবহৃত হইয়া থাকে। আবশ্যক হইলে এই সকল ঔষধি দ্বারা জরায়ু-গহ্বর নিয়মিতরূপে দিবসে ২।৩ বার ধুইয়া দিতে হয়। পরে দুর্গন্ধ বিদূরিত হইলে তত ঘন ঘন ধুয়াইবার আবশ্যকতা নাই।

জরায়ু-গহ্বর ধুয়াইবার কালে ঔষধি অভ্যন্তরে চালিত হইয়া যাহাতে বাহির হইতে পারে, পিচকারী দ্বারা এইরূপে তাহা নিক্ষিপ্ত করিতে হয়। প্রসবান্তে জরায়ুমুখ কয়েক দিবস উন্মুক্ত থাকে, সেই সময়ে এই কার্য্য সহজে সাধিত হইতে পারে। হিগিন্সনের পিচকারীর নলমুখ জরায়ু-গহ্বরে প্রবেশিত করিয়া মৃদুভাবে ক্রমে ক্রমে জল চালিত করিলে জল সমগ্র জরায়ুগহ্বর ধৌত

করিয়া সহজে বাহির হইতে থাকে । হিগনসনের পিচকারীর অভাবে, একটা মোটা গাম ইলাষ্টিক ক্যাথিটার জরায়ু-গহ্বরে প্রবেশিত করিয়া একটা সাধারণ পিচকারী দ্বারা এই কার্য্য সম্পাদিত করা যাইতে পারে। জরায়ু-মুখ খর্ব্বা-য়তন হইয়া আসিলে ক্যাথিটার দ্বারা জরায়ুর অভ্যন্তর ধুয়াইয়া দেওয়া আবশ্যক। এই উদ্দেশে হিগনসনের পিচকারীর মূলে ক্যাথিটার সংলগ্ন করিয়া দেওয়া যাইতে পারে। জরায়ু-গহ্বর ধুয়াইবার কালে কখন কখন রোগিনীর কম্পন হইয়া থাকে; এরূপ কম্পন হওয়া অতি বিরল এবং ইহা ক্ষণস্থায়ী। তবে কম্পন হইবামাত্র সেই সময়ের জন্য ধৌতক্রিয়া বন্ধ রাখা আবশ্যক।

পীড়ার প্রারম্ভেই জরায়ু-গহ্বর সম্যক্‌রূপে ধুয়াইয়া দিলে অনেকস্থলে ইহা অল্প সময়ের মধ্যেই প্রশমিত হইয়া থাকে,—কোন কোন স্থলে কয়েক ঘণ্টার মধ্যেই পীড়া একেবারে বিদূরিত হইয়া যায়। জরায়ু-গহ্বরে বিয়োজনশীল পদার্থ না থাকিলেও যদি তাহা এণ্টিসেপ্টিক ঔষধি দ্বারা ধুয়াইয়া দেওয়া যায়, বিশেষ উপকার হইবার সম্ভাবনা। জরায়ু নিয়মিতরূপে ধুয়াইয়া দিলে রোগিনীর বিশেষ আরাম বোধ হয়, বিষীকরণের কোন কারণ থাকিলে তাহা বিদূরিত হইয়া যায় এবং তাহাতে রোগিনীর কোন অনিষ্টও হয় না। লোকিয়া যাহাতে নিয়মিতরূপে বহির্নিঃসৃত হইতে পারে, তদুপযোগী উপায় অচিরে অবলম্বন করা আবশ্যক। এই উদ্দেশে হাইপোগ্যাষ্ট্রিয়ম প্রদেশে আর্দ্র সেক ও পুল্টিশ প্রযুক্ত হইয়া থাকে। যেস্থলে লোকিয়ার অবরোধ বশতঃ পীড়া সমুদ্ভূত হয়, তথায় এইরূপ আর্দ্র তাপের স্থানিক প্রয়োগেই লোকিয়া নিঃসৃত হইতে থাকে; সঙ্গে সঙ্গে পীড়াও প্রশমিত হইয়া আইসে।

অপত্যপথের কোন স্থলে ক্ষত থাকিলে এণ্টিসেপ্টিক লোশন দ্বারা তাহা ধৌত করিয়া তাহার উপর আইওডোফর্ম্ম ছড়াইয়া দিলে বিশেষ সুফল লাভ হইয়া থাকে। ধুয়াইবার লোশনের সহিত এই ঔষধি কিয়ৎপরিমাণে মিশাইয়া লইলে ইহা জরায়ুর অভ্যন্তরেও প্রবেশিত হইতে পারে। আইওডোফর্ম্ম জলে অতি অল্প পরিমাণে দ্রবীভূত হয় বলিয়া ইহা পেসারীরূপে জরায়ু-গহ্বরে প্রবেশিত করিলে অধিক ফলপ্রদ হইবার সম্ভাবনা।

দেহের বিষ নিষ্ক্রামণ করিবার নিমিত্ত রোগিনীকে পরিষ্কৃত ও শুষ্ক গৃহে

রক্ষা করা আবশ্যক, গৃহমধ্যে যাহাতে বায়ু অবাধে সঞ্চারিত হইতে পারে, তদ্বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি রাখা উচিত; তৎকালে রোগিণীকে শৈত্যাক্রমণ হইতে দূরে রাখিবার জন্য উপযুক্তরূপে বসনাবৃত রাখিতে হয়।

পথ্য।—এই পীড়া অত্যন্ত দুর্ব্বলকর; এইজন্য রোগাক্রমণের প্রারম্ভকাল হইতেই রোগিণী যাহাতে অধিক দুর্ব্বল হইতে না পান, তজ্জন্য তাঁহাকে লঘু ও পুষ্টিকর আহার্য্য এবং বলকারক ঔষধ খাওয়ান একান্ত কর্ত্তব্য। আহারে তাঁহার আদৌ প্রবৃত্তি না থাকিলেও উপযুক্ত পথ্য তাঁহার গলাধঃকরণ করাইয়া দেওয়া আবশ্যক। কিন্তু এই পীড়ায় রোগিণীর পরিপাকশক্তি প্রায়ই অধিক পরিমাণে কমিয়া যায়; এইজন্য অতি সতর্কতা ও বিবেচনা সহকারে আহার্য্যের ব্যবস্থা ও প্রয়োগ করিতে হয়। তাঁহার পরিপাকশক্তির পরিমাণ-অনুসারে খাদ্যদ্রব্য প্রযুক্ত হওয়া আবশ্যক। রোগিণী যে পরিমাণ আহার পরিপাক করিতে পারেন, তাহার অধিক দেওয়া উচিত নহে। আহার ঘন ঘন দেওয়াতেও বিশেষ ক্ষতি হইয়া থাকে। একবার আহারের পর পাকস্থলীকে ক্ষণকাল বিশ্রাম দেওয়া আবশ্যক। এরূপ করিলে আহারজনিত কোনরূপ অনিষ্ট হইতে পায় না। দুগ্ধই রোগিণীর প্রধান আহার্য্য হওয়া আবশ্যক; কিন্তু সকল রোগিণীর অধিক পরিমাণ দুগ্ধ পরিপাক করিবার ক্ষমতা থাকে না, এইজন্য দুগ্ধের সহিত আবশ্যক বোধে চূণের জল অথবা সোডা ওয়াটার মিশাইয়া দেওয়া যাইতে পারে। মাংসের ক্বাথ ও ডিমের ইয়েক লঘু ও বলকারক আহার্য্যরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। দুগ্ধের সহিত সাগু, এরোরুট, বার্লি প্রভৃতি শ্বেতসারময় পদার্থও মিশ্রিত করিয়া দেওয়া যাইতে পারে। এই সময়ে ওয়াইন, ব্রাণ্ডি প্রভৃতি বলকারক ও উত্তেজক আহার্য্য দ্রব্য প্রায়ই আবশ্যক হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে ব্রাণ্ডি অধিক পরিমাণে,—এমন কি সমগ্র দিবারাত্রির মধ্যে ৮।১০ আউন্স এবং সময়ে সময়ে তদপেক্ষাও বেশী প্রয়োগ করিতে হয়। ব্রাণ্ডি, মাংসের ক্বাথ, ডিমের ইয়েকও দুগ্ধের সহিত মিশাইয়া দেওয়া যাইতে পারে। ওয়াইন খাওয়াইতে হইলে স্বতন্ত্র খাওয়ানই ভাল।

ঔষধাবলি।—এই পীড়ায় অনেকস্থলে পাকস্থলী ও অন্ত্রমণ্ডল উত্তেজিত হইয়া পড়ে; তাহাতে রোগিণী বমন ও উদরাময়ে অল্প বা অধিক

পরিমাণে প্রপীড়িত হইতে থাকেন। বমন ও উদরাময় অল্প পরিমাণে হইলে তাহা বন্ধ করা উচিত নহে; কেননা তাহা পীড়াবিষ-নিষ্কাশনে সহায়তা করে। কিন্তু এই সকল নিঃসরণ অধিক পরিমাণে হইলে উপসর্গরূপে কার্য্য করিয়া রোগিনীকে দুর্ব্বল করিতে থাকে; তখন গ্যালিক এসিড ও বিসমথ প্রভৃতি সঙ্কোচক ও স্থানিক অবসাদক ঔষধাদি দ্বারা বমন ও উদরাময় প্রশমিত করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। যে স্থলে অন্ত্রমণ্ডল মলপূর্ণ থাকে, তথায় পীড়া প্রকাশ পাইবা মাত্র মৃদু বিরেচক দ্বারা মল বহির্নিঃসারিত করিয়া দেওয়া আবশ্যক। এই উদ্দেশে ক্যাষ্টর অইল, পাল্‌ভ্‌ রিয়াই কম্পৌণ্ড দেওয়া যাইতে পারে। এক্‌ষ্ট্রাক্ট কলোসিন্থ কম্পৌণ্ড ও এক্‌ষ্ট্রাক্ট হায়াসায়মাসের সহিত ৩।৪ গ্রেণ ক্যালমেল খাওয়াইলে মল সম্যক্‌রূপে নিঃসারিত হইয়া থাকে। মল নিম্ন অন্ত্রে বদ্ধ থাকিলে এনিমা দ্বারা তাহা নিঃসারিত করিয়া দেওয়াই ভাল। কিন্তু অধিক বিরেচনে পীড়া-বিষ নিষ্কাশিত করিবার চেষ্টা করা নিতান্ত অযৌক্তিক; তাহাতে অপকারই হইবার সম্ভাবনা।

পীড়াবিষ দেহে বিধ্বংস করিবার জন্য কার্ব্বলেট অব সোডা, সল্‌ফাইট অব সোডিয়ম প্রভৃতি ঔষধি রোগিনীকে খাওয়ান যাইতে পারে। কিন্তু এই সকল ঔষধি দ্বারা বিশেষ উপকার হয় বলিয়া বোধ হয় না,—অধিক পরিমাণে খাওয়াইলে অনেকস্থলে উদরাময় প্রভৃতি পীড়া সমুদ্ভূত হয়, তাহাতে বিশেষ অপকার হইবার সম্ভাবনা। শারীর তাপ কমাইবার জন্য একোনাইট ব্যবহার করা যাইতে পারে। জ্বরতাপ অধিক দেখা গেলে—বিশেষতঃ তৎসঙ্গে দেহের কোন স্থলে প্রাদাহিক অবস্থা বিদ্যমান থাকিলে এই ঔষধি দ্বারা সময়ে সময়ে উপকার পাওয়া যায়। দেহের দৌর্ব্বল্য অধিক থাকিলে এই ঔষধি আদৌ ব্যবহার করা উচিত নহে। ইহা ব্যবহার করিতে হইলে হৃৎপিণ্ডের উপর ইহার কার্য্যফল পরীক্ষা করিয়া রোগিনীকে খাওয়ান আবশ্যক। একোনাইট প্রথম প্রথম এক মিনিম মাত্রায় ½ বা ১ ঘণ্টা অন্তর খাওয়াইয়া নাড়ীর ঘনতা কমিতে আরম্ভ হইলে অধিকক্ষণ অন্তর খাওয়াইতে হয়। নাড়ীর দৌর্ব্বল্য অথবা বিষমতা দেখা গেলে উহা তৎক্ষণাৎ বন্ধ করা আবশ্যক। ভিরেট্রম ভিরিডিও এইরূপে ব্যবহৃত হইতে পারে। এই সকল ঔষধির সহিত ডিজিটেলিস্‌ খাওয়াইলে বিশেষ উপকার হইবার সম্ভাবনা। ডিজিটেলিস

শারীর তাপ কমাইতে সহায়তা করে এবং একোনাইট ও ভেরেট্রমের অনিষ্টোৎপাদনের বিপক্ষে কার্য্য করিয়া থাকে।

শারীর তাপ সাতিশয় বাড়িয়া উঠিলে এণ্টিপাইরিণ, এণ্টিফিবরিণ ও ফিনাসিটিন প্রযোগে বিশেষ উপকার দর্শিয়া থাকে। এণ্টিপাইরিণ হৃৎপিণ্ডের দুর্ব্বলতা অধিক আনিয়া থাকে, এইজন্য অনেকে এই ঔষধি প্রয়োগের অনুমোদন করেন না, কিন্তু এণ্টিফিবরিণ ও ফিনাসিটিন্ তত দুর্ব্বলকর নহে। শেষোক্ত দুইটী ঔষধি ৩।৪ গ্রেণ্ মাত্রায় একবার খাওয়াইলে শারীর তাপ ২।৩ ডিগ্রী কমিয়া যায়। শারীর তাপ এইরূপে কমাইতে পারিলে অনেকস্থলে রোগিনীর আসন্ন বিপদ বিদূরিত হয়; তাহার পর চিকিৎসাকার্য্য অন্যান্য উপায়ে সংসাধিত হইয়া থাকে। এই দুইটী ঔষধি দ্বারা শারীর তাপ কমিয়া অনেকস্থলে ৫।৬ ঘণ্টা নিম্নসীমায় থাকিয়া আবার বাড়িতে আরম্ভ করে। তাহার পর আবার অধিক উর্দ্ধে উঠিলে পূর্ব্বের ন্যায় আর ১ মাত্রা প্রয়োগ করা যাইতে পারে। এইরূপ বিবেচনার সহিত এই সকল ঔষধি প্রয়োগ করিলে উচ্চ তাপজনিত অনিষ্টাপাত হইতে অনেক সময় প্রসূতিকে রক্ষা করিতে পারা যায়। কিন্তু এই ঔষধ দ্বারা পীড়া বিদূরিত করিবার চেষ্টা করিলে অনিষ্টাপাত হইবারই সম্ভাবনা।

শারীর তাপ কমাইবার জন্য স্যালিসিলিক এসিড্ ও স্যালিসিলিয়েট অব্ সোডাও ব্যবহৃত হইতে পারে। কিন্তু এই দুইটী ঔষধের অবসাদক ক্ষমতা অধিক; এইজন্য ইহাদিগকে অধিক মাত্রায় ব্যবহার করা উচিত নহে;—কার্য্যফল পরীক্ষা করিয়া অল্প অল্প মাত্রায় ব্যবহার করা আবশ্যক। কুইনাইনের শারীর তাপ কমাইবার ক্ষমতা আছে; কিন্তু তাহা অতি অল্প এবং অধিক পরিমাণে না খাওয়াইলে এই উদ্দেশ্য সাধিত হয় না। অধিক পরিমাণে খাওয়াইলে স্নায়বিক উত্তেজনা ও সার্ব্বাঙ্গিক অবসাদ উদ্ভাবিত করিতে পারে। এইজন্য ইহা সকল স্থলে অধিক পরিমাণে খাওয়ান যুক্তিযুক্ত নহে। হাইড্রোব্রোমিক্ এসিডের সহযোগে ইহা অধিক মাত্রায় খাওয়ান যাইতে পারে; তাহাতে ইহা দ্বারা স্নায়বিক লক্ষণ অধিক পরিমাণে উদ্ভাবিত হইতে পারে না। স্যালিসিলিয়েট অব কুইনাইন ব্যবহার করিলে তদ্দ্বারা কুইনাইন ও ও স্যালিসিলিক এসিড্—উভয়েরই কার্য্যফল উৎপাদিত হয়; তাহাতে সময়ে

সময়ে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়। এই সকল ঔষধির সঙ্গে উদ্বেয় উত্তেজক প্রায়ই প্রযুক্ত হইয়া থাকে ; এইজন্য এমোনিয়া, ইথর, মাস্ক, ক্যাম্পর প্রভৃতি ঔষধ প্রায়ই ব্যবহৃত হয়। স্বেদনির্গম অধিক হইলে মিনারেল এসিড অধিক পরিমাণে ব্যবহার করা আবশ্যক। বেলেদোনা দ্বারাও এই অবস্থায় বিশেষ ফললাভ করা যায়। ইহা দ্বারা হৃৎপিণ্ডের উত্তেজনা সাধিত হয় এবং ঘর্ম্ম-নিঃসরণও হইয়া থাকে। আর্সেনিকও বিশেষ উপকারে আইসে। এই ঔষধ অল্প মাত্রায় খাওয়াইলে উত্তেজক এবং সম্ভবতঃ বিষঘ্নরূপে কার্য্য করিয়া থাকে।

শারীর তাপ সাতিশয় বর্দ্ধিত হইলে সময়ে সময়ে শৈত্যপ্রয়োগে রোগিনীর বিপন্ন অবস্থা বিদূরিত হইয়া থাকে। যখন রোগিনী হাইপারপাইরেক্সিয়া-গ্রস্তা (শারীর তাপ ১০৫ বা ১০৬ ডিগ্রি) হয়েন, নিয়মিতরূপে শৈত্য প্রয়োগ করিলে অল্প সময়ের মধ্যেই শারীর তাপ কিয়ৎপরিমাণে কমিয়া আসিতে পারে। কোন কোন স্থলে অনেকক্ষণ ধরিয়া তাহা নিরবচ্ছেদে প্রয়োগ না করিলে অভীষ্ট ফল লাভ করা যায় না। সচরাচর "আইস্ ব্যাগ" দ্বারা মাথার উপর বরফ প্রয়োগ করিলেই হইতে পারে ; ইহাতে রোগিনীর তাপ-জনিত শিরঃপীড়া প্রশমিত হয় এবং তাপও নিষ্কাশিত হইতে থাকে। এই উপায়ে কৃতকার্য্য না হইলে অল্পক্ষণের জন্য রোগিনীর সর্ব্বশরীরে আর্দ্র তাপ প্রয়োগ ও ওয়েট শীট প্যাকিং প্রভৃতি উপায় অবলম্বন করিতে হয়। এই সকল উপায়ে শরীর-তাপ ১০২ বা ১০১ ডিগ্রিতে নামিয়া আসিলেই শৈত্য-প্রয়োগ বন্ধ করা আবশ্যক ; তখন অন্যান্য উপায়ে চিকিৎসা কার্য্য সম্পাদন করিতে হয়। শারীর তাপ অধিক উচ্চ না হইলে এইরূপ শৈত্য প্রয়োগ না করাই ভাল ; কেননা তদ্দ্বারা রোগিনী দুর্ব্বল হইতে পারেন।

কোনরূপ উপসর্গ থাকিলে তাহার বিদূরণ বা প্রশমনের উপায় অবলম্বন করা উচিত। রোগিনীর মিট্রাইটিস্ বা পেলভিক সেলিউলাইটিস্ থাকিলে হাইপোগ্যাষ্ট্রিয়ম প্রদেশে আর্দ্রসেক অথবা পুল্টিশ প্রয়োগ করা বিধেয়। যন্ত্রণা প্রশমনের জন্য বেলেডনা অথবা অহিফেনঘটিত ঔষধি প্রয়োগের সঙ্গে সঙ্গে এই সকল উপায় অবলম্বন করিলে অধিক উপকার হইবার সম্ভাবনা। টিম্প্যানাইটিস্ থাকিলে টার্পেণ্টাইন ষ্টুপে বিশেষ উপকার হইতে পারে ;

টার্পিণের অভ্যন্তরীণ প্রয়োগেও বিশেষ উপকার দর্শিয়া থাকে। পেরিটো-নাইটিস্ থাকিলে এব্ডোমেনের উপর কলোডিয়ান ফ্লেক্সাইল লাগাইয়া দিলে রোগিনীর যাতনা অনেক পরিমাণে প্রশমিত হয। যাতনা নিবারণের জন্য সময়ে সময়ে অহিফেন ও ব্রোমাইড অব পটাশিয়ম প্রভৃতি ঔষধ প্রযুক্ত হইয়া থাকে। পীড়া পুরাতন হইয়া পড়িলে অথবা অন্য কোন কম্প্লিকেশন উদ্ভূত হইলে সাধারণ নিয়মে তাঁহার চিকিৎসা করা আবশ্যক।

ত্রয়স্ত্রিংশ অধ্যায়।

পুয়ারপিরাল একলাম্জিয়া।

গর্ভ প্রসব অথবা সূতিকাবস্থায় এপিলেপ্সি আক্ষেপের ন্যায় রোগিণীর যে একপ্রকার কন্ভল্শন হইয়া থাকে, তাহাকে পুয়ারপিরাল একলাম্জিয়া বলা যায়। এই রোগের "ফিট" সাধারণ এপিলেপ্সি ফিটের ন্যায়, কিন্তু ইহার কারণ, উদ্ভব, অবসান ও ভাবী ফল প্রভৃতি বিষয়ে এপিলেপ্সি ফিট হইতে বিশেষ পার্থক্য লক্ষিত হইয়া থাকে।

গর্ভকালে এল্বুমিনিউরিয়া পীড়ার সহিত একলাম্জিয়া অনেক স্থলে সঞ্জাত হইতে দেখা যায়। মূত্রগ্রন্থি দ্বারা যে সকল পদার্থ নিষ্কাশিত হয়, শোণিতে তৎসমুদয় অনেক পরিমাণে বিদ্যমান থাকিলে সম্ভবতঃ এই পীড়া উদ্ভূত হইয়া থাকে। এই পীড়ার প্রকৃতি অনেক পরিমাণে ইউরিমিয়ার ন্যায়। ডাক্তার ফ্রেরিক্স বিবেচনা করেন যে, যে বিষ দ্বারা একলাম্জিয়া উৎপাদিত হয়, তাহা ইউরিয়া নহে,—ইউরিয়ার বিয়োজন হইতে উদ্ভূত কার্বনেট অব এমোনিয়া। কিন্তু ইউরিয়া বিয়োজিত হইয়া যে, শোণিত-

মধ্যে কার্ব্বনেট অব এমোনিয়ায় পরিণত হয়, তাহা অনেকে বিশ্বাস করেন না। কেহ কেহ বিবেচনা করেন যে, কি ইউরিয়া, কি ইহার বিয়োজন হইতে উদ্ভূত কোন বিষাক্ত পদার্থ,—একলাম্‌জিয়ার কারণ নহে। কোন্ নিকৃষ্ট পদার্থ শোণিতে বিদ্যমান থাকিয়া একলাম্‌জিয়া উদ্ভাবিত করে, অদ্যাপি তাহা সম্যক্‌রূপে নির্ণীত হয় নাই। কোন কোন স্থলে এল্‌বুমিনিউরিয়া না থাকিলেও একলাম্‌জিয়া হইতে দেখা যায়। সেই সকল স্থলে সম্ভবতঃ মস্তিষ্কের এনিমিয়া প্রযুক্ত এই পীড়া সম্ভূত হইয়া থাকে। গর্ভাবস্থায় স্বভাবতঃ রোগিনীর শোণিতে "হাইড্রিমিক" অবস্থা অল্প পরিমাণে সঞ্জাত এবং শোণিত চাপ বর্দ্ধিত হইয়া থাকে। হাইড্রিমিক অবস্থা অধিক পরিমাণে থাকিলে মস্তিষ্কীয় শোণিতনালীর ভিতর দিয়া "সিরম" প্রস্রুত হয় এবং সেই প্রস্রুত সিরম দ্বারা ছোট ছোট নালীসমূহ পেষিত হইতে থাকে; এই চাপ হইতেই ক্ষুদ্র নালী সমুদায় শোণিতহীন হইয়া পড়ে; এইরূপে মস্তিষ্কে এনিমিয়া উৎপাদিত হইয়া কন্‌ভল্‌শন আনয়ন করে। যে কোন কারণে মস্তিষ্কে এইরূপ এনিমিক অবস্থা জনিত হয়, তাহাতেই কন্‌ভল্‌শন হইতে পারে। এল্‌বুমিনিউরিয়া থাকিলে উক্তরূপ এনিমিক অবস্থা সহজেই সঞ্জাত হইয়া থাকে এবং তাহার সহিত শোণিতে নিকৃষ্ট পদার্থ অধিক পরিমাণে বিদ্যমান থাকাতে কন্‌ভল্‌শন হইবার অধিক সম্ভাবনা। দেহের, উক্তরূপ অবস্থায় কঠোর উত্তেজনা অথবা উৎকট মানসিক আবেগ উত্তেজক কারণরূপে কার্য্য করাতে অনেক সময় পীড়া প্রকাশ পাইয়া থাকে। যাহাদের স্নায়ুমণ্ডল অতি অল্পেই উত্তেজিত হয়, সামান্য কারণেই এরূপ লোকের একলাম্‌জিয়া সহজেই সমুদ্ভূত হইয়া থাকে।

লক্ষণ।—কোন না কোন পূর্ব্ব লক্ষণ প্রকাশ না পাইয়া কচিৎ একলাম্‌জিয়া আক্ষেপ হইয়া থাকে। কিন্তু কোন কোন স্থলে পূর্ব্ব লক্ষণ এত সামান্য যে, রোগিনীর কন্‌ভল্‌শন হইবার পূর্ব্বে তদ্বিষয়ে আদৌ কাহারও লক্ষ্য থাকে না। পূর্ব্ব লক্ষণাবলির মধ্যে শিরঃপীড়াই সর্ব্বপ্রধান। কোন কোন স্থলে ইহা গর্ভিনীকে সাতিশয় প্রপীড়িত করিয়া থাকে। কোন কোন স্থলে কেবল সামান্য মাথাব্যথা অথবা মাথাধরা ভাব থাকিতে পারে; হয়ত তৎসঙ্গে তাঁহার দৃষ্টিশক্তির ব্যতিক্রম ঘটিতে পারে; তিনি নয়নসমক্ষে

নানাপ্রকার দাগ দেখিতে থাকেন; কখন কখন দৃষ্টিশক্তি সম্পূর্ণ রুদ্ধ হইয়া পড়ে, তাঁহার চারিদিক অন্ধকার বলিয়া বোধ হয়। অক্ষিপুটের ত্বক্ এডিমা-গ্রস্ত স্ফীত হইয়া উঠে; বাহু ও চরণেও সেইরূপ স্ফীতভাব লক্ষিত হইতে পারে। গর্ভাবস্থায়—বিশেষতঃ ইহার শেষভাগে এই সকল লক্ষণ পরিলক্ষিত হইলে দেহের অবস্থা পুঙ্খানুপুঙ্খরূপে পরীক্ষা করা আবশ্যক। এরূপ স্থলে প্রস্রাবে এল্‌বুমেন থাকিলে সাতিশয় ভয়ের কারণ এবং যাহাতে কন্‌ভল্‌শন না হয়, অচিরে তদুপযোগী উপায় অবলম্বন করা উচিত।

কোন কোন স্থলে পীড়ার কোন পূর্ব্বলক্ষণ প্রকাশ না পাইয়াই অকস্মাৎ আক্ষেপ সমুদ্ভূত হইয়া থাকে। এই পীড়ার ফিট অনেকটা এপিলেপ্টিক ফিটের ন্যায়। সমস্ত দেহের পেশিমণ্ডল সঙ্কুচিত হইতে থাকে। মুখমণ্ডলের পেশিসমুদায় এরূপ সজোরে ঘন ঘন কুঞ্চিত হয় যে, মুখ বিকৃত হইয়া পড়ে; এই বিকৃতভাব কোন কোন স্থলে এত অধিক হয় যে, আক্ষেপের আতিশয্য কালে রোগিণীকে আদৌ চিনিতে পারা যায় না। অক্ষিযুগল ঊর্দ্ধে ধাবিত, অক্ষিপুট অর্দ্ধোন্মুক্ত; তন্মধ্যে চক্ষের কেবল শ্বেতাংশ পরিদৃশ্যমান হইতে থাকে। তিনি দন্তে দন্তে ঘর্ষণ করিতে থাকেন; সময়ে সময়ে তাঁহার জিহ্বা দন্তমধ্যে পতিত হইয়া দংশিত হইয়া পড়ে; মুখগহ্বর হইতে সফেন লালা নিঃসৃত হইতে থাকে; জিহ্বা অথবা দন্তমূল বিক্ষত হইলে লালার সহিত শোণিত মিশ্রিত দেখা যায়। এই সমস্ত লক্ষণের সহিত রোগিণীর "ইনভলান্টরী" পেশী সমুদায়ও সঙ্কুচিত হইতে থাকে; এই জন্য অঙ্গাক্ষেপ-কালে মলমূত্র নিঃসৃত হইতে দেখা যায়। সম্ভবতঃ হৃৎপিণ্ডও এই সঙ্গে আকুঞ্চিত হইয়া পড়ে এবং অনেকস্থলে জরায়ু-সঙ্কোচন আরম্ভ বা পরিবর্দ্ধিত হয়। পেশিমণ্ডলের উক্তরূপ সঙ্কোচন অনেকস্থলে "ক্লনিক" প্রকৃতি অব-লম্বন করে, অর্থাৎ পেশি সমুদায় প্রত্যেক সঙ্কোচনের পর একবার করিয়া শিথিল হইয়া পড়ে। এই ক্লনিক সঙ্কোচন আরম্ভ হইবার অব্যবহিত পূর্ব্বে পেশিমণ্ডলের "স্প্যাজ্‌ম" অনেকস্থলে "টনিক" বা নিরবচ্ছিন্ন ভাবাপন্ন হইতে দেখা যায়;—পেশিমণ্ডল ক্ষণকালের জন্য কুঞ্চিত ও দৃঢ় ভাবে থাকিয়া পর্য্যায়ক্রমে শিথিল ও কুঞ্চিত হইতে থাকে। টনিক স্প্যাজ্‌ম যত বিপজ্জনক, "ক্লনিক" স্প্যাজ্‌ম তত বিপজ্জনক নহে। টনিক স্প্যাজ্‌মে দেহের কার্য্য-

ক্রিয়ার নিরবচ্ছিন্নভাবে হইতে থাকে, কিন্তু ক্লনিক স্প্যাজ্‌মে পেশীমণ্ডল যেমন শিথিল হইয়া পড়ে, কার্য্যবিকারও তেমনি কিয়ৎপরিমাণে প্রশমিত হয়। এইজন্য ক্লনিক স্প্যাজ্‌ম অনেকক্ষণ হইলেও কোন কোন স্থলে রোগিনীর অবস্থা নিরতিশয় বিপন্ন হয় না; কিন্তু আক্ষেপ ক্লনিকভাবে হইতে হইতে টনিক প্রকৃতি অবলম্বন করিলে সাতিশয় বিপজ্জনক।

ফিট হইবার সময় দেহের সাধারণ অবস্থার পরিবর্ত্তন হইয়া থাকে। রোগাক্রমণের প্রারম্ভকালে মুখমণ্ডল সম্পূর্ণ নিষ্প্রভ ও ম্লান বলিয়া বোধ হয়; পরে তাহা অতি দ্রুত পরিবর্ত্তিত হইয়া গাঢ় ধূম্র,—এমন কি নীলাভ বর্ণ ধারণ করিয়া থাকে। মুখমণ্ডলের শিরামধ্যে শোণিত আবদ্ধ হইয়া পড়াতে এই নীলাভ বর্ণ প্রতিফলিত হয়; এই সমস্ত শিরা সময়ে সময়ে স্ফীত ও আতত হইয়া পড়ে। এই অবস্থায় কেরোটিড ধমনীর উপর অঙ্গুলি স্থাপন করিলে তাহা সজোরে উল্লম্ফিত হইতেছে, স্পষ্ট অনুভূত হয়। রোগিনীর নিঃশ্বাস-প্রশ্বাস কার্য্য অতি কষ্টে সাধিত হইতে থাকে। প্রায়ই তাহা বিশৃঙ্খল ও ত্বরিত এবং হিস্‌হিস্‌শব্দে ধ্বনিত হইতে থাকে। আক্ষেপের সময় রোগিনী চেতনাভ্রষ্টা ও অজ্ঞান হইয়া পড়েন। সৌভাগ্যবশতঃ এই ভয়ানক অবস্থা প্রায়ই অধিকক্ষণ থাকে না;—কচিৎ ইহা তিন চারি মিনিটের অধিক থাকিতে দেখা যায়; অনেক স্থলে ইহা অপেক্ষাও কম ক্ষণ থাকে। ফিটের অবসানে রোগিনী অল্প বা অধিক পরিমাণে চেতনা পুনর্লাভ করেন; কিন্তু ফিটের সময় কি হইয়াছিল, তাহা তাঁহার আদৌ স্মরণ থাকে না। পীড়া সামান্য প্রকৃতির হইলে একটী ফিট হইয়াই সারিয়া যাইতে পারে; কিন্তু এরূপ ঘটনা অতি বিরল; অনেক স্থলে একটী ফিটের পর আবার ফিট হইতে দেখা যায়; কোন কোন স্থলে একবার ফিট হইয়া অনেকক্ষণ পরে আবার তাহা আসিয়া থাকে। অল্প সময়ান্তর বারংবার ফিট হইলে ফিটের অন্তরকালে রোগিনীর প্রায়ই পূর্ণ-জ্ঞান সঞ্চার হয় না; ফিট ঘন ঘন হইলে রোগিনী আক্রমণ-কালে অথবা অল্প সময়ের মধ্যে অবসন্ন হইয়া মৃত্যুমুখে পতিত হইতে পারেন। কোন কোন স্থলে রোগিনী "কোম্যাটোজ" অবস্থায় পতিত হইয়া পঞ্চত্ব প্রাপ্ত হইয়া থাকেন। তিন চারিটী পুয়ারপিরাল একলাম্‌জিয়াগ্রস্তা রোগিনীর মধ্যে প্রায়ই একটীর মৃত্যু হইয়া থাকে। সন্তানেরও এইরূপই ঘোরতর বিপদ

হইতে দেখা যায়। ভ্রূণের শোণিত সংশোধন ও পোষণের ব্যতিক্রম হওয়াতে অনেকস্থলে ভ্রূণের মৃত্যু হইয়া থাকে। এক্ষণে চিকিৎসা-প্রণালীর যেরূপ উৎকর্ষ সাধিত হইয়াছে, তাহাতে ভবিষ্যতে এই পীড়ার মৃত্যুসংখ্যা ইহা অপেক্ষা কম হইবে, আশা করা যাইতে পারে।

চিকিৎসা।—গর্ভাবস্থায় এল্‌ব্যুমিনিউরিয়া রোগ থাকিলে,—বিশেষতঃ ইহার সহিত কোন স্নায়বিক লক্ষণ প্রকাশ পাইলে যাহাতে এক্‌লাম্‌জিয়া উদ্ভূত হইতে না পারে, এরূপ উপায় সত্বরে অবলম্বন করা আবশ্যক। দেহের নিঃস্রবণ প্রস্রবণ সমুদায়ের পরিবর্দ্ধন ও উৎকর্ষ সাধন করিলে শোণিত হইতে দূষিত পদার্থনিচয় অনেক পরিমাণে নিষ্কাশিত হইতে পারে; এইজন্য এই সকলের উপর বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। মূত্রগ্রন্থিতে শোণিতাধিক্য থাকিলে তাহার প্রশমনোপযোগী উপায় অবলম্বন করিতে হয়। অন্ত্রমণ্ডলের মল যাহাতে নিয়মিতরূপে বহির্নিঃসারিত হয়, তদ্বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। অল্পমাত্রা সিড্‌লিস্ পাউডার দ্বারা এই উদ্দেশ্য সংসাধিত হইলে শোণিতের নিষ্কাশ্য পদার্থ কিয়ৎপরিমাণে নিঃসারিত হইতে পারে। কিন্তু যে সকল বিরেচক দ্বারা অন্ত্রের উত্তেজনা সাধিত হইয়া থাকে, সাধারণতঃ তৎ-সমুদায় আদৌ ব্যবহার করা উচিত নহে। এই সকল উপায় অবলম্বনের সঙ্গে সঙ্গে স্বেদনিঃসারক ঔষধ দ্বারা ত্বকের কার্য্য বৃদ্ধি করা আবশ্যক। যে সমুদায় ঔষধ দ্বারা মূত্রগ্রন্থি প্রদীপিত হইবার সম্ভাবনা, তৎসমুদায় পরিহার এবং অনুদ্দীপক মূত্রনিঃসারক ঔষধ প্রয়োগ করা কর্ত্তব্য। এই সকল উপায় বিধানের সহিত যাহাতে দেহের সাধারণ অবস্থার উন্নতি সাধিত হয়, তদ্বিষয়ে দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। রোগিনীর জন্য সুপাচ্য অথচ পুষ্টিকর পথ্য ব্যবস্থা করা উচিত। এলবুমিনিউরিয়া রোগের চিকিৎসায় দুগ্ধই প্রধান পথ্য, দুগ্ধ দ্বারা ঔষধেরও কার্য্য সাধিত হইয়া থাকে। ইহা মূত্রনিঃসারক এবং অনেক স্থলে বিরেচকরূপেও কার্য্য করিয়া থাকে, অথচ ইহা দ্বারা দেহের পুষ্টিও সুচারুরূপে সাধিত হয়। দুগ্ধ অধিক পরিমাণে খাওয়াইতে হইলে তাহার ঘৃতাংশ কিয়ৎপরিমাণে তুলিয়া লওয়া আবশ্যক, কেননা দুগ্ধে যে পরিমাণ ঘৃত বিদ্যমান থাকে, অনেক স্থলে প্রায়ই রোগিনীর তাহা পরিপাক করিবার ক্ষমতা থাকে না এবং দেহের পোষণের জন্য তত ঘৃত আবশ্যক হয় না।

মৃদু অগ্নির সন্তাপে যে প্রণালীতে দুধে শর তোলা হয়, সেই প্রক্রিয়ায় দুধের স্নেহাংশ অনেক পরিমাণে বিদূরিত করিতে পারা যায়। সাধারণ নিয়মে দুধের মাখনও তুলিয়া লওয়া যাইতে পারে। সেইরূপ দুগ্ধ অধিক পরিমাণে খাওয়াইলে অনিষ্ট হইবার সম্ভাবনা নাই। মাখন তোলা দুধ এরূপ অবস্থায় রোগিনীর উপযুক্ত পথ্য।

ফিট আসিলে আক্ষেপ বিদূরণোপযোগী উপায় অবলম্বন করিতে হয় এবং ফিট জন্য যাহাতে দেহে কোনরূপ আঘাত না লাগে, তদ্বিষয়ে দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। ফিট আসিবা মাত্র রোগিনীর দেহের—বিশেষতঃ বক্ষঃস্থল ও গলদেশের—পরিচ্ছদাদি দৃঢ় থাকিলে, তাহা শিথিল অথবা খুলিয়া দেওয়া আবশ্যক। তৎকালে তাঁহার হস্তপদাদি জোর করিয়া ধরিলে অনিষ্ট হইবার সম্ভাবনা, এইজন্য যাহাতে তাঁহার অঙ্গপ্রত্যঙ্গ সঞ্চালনে কোনরূপ আঘাত লাগিতে না পায়, তাঁহাকে এইরূপ ভাবে সংস্থাপিত করা কর্ত্তব্য। পরস্পর সংঘৃষ্ট দন্তপংক্তি মধ্যে জিহ্বা পড়িয়া যাহাতে কোনরূপ আঘাত না পায়, এইজন্য উভয় দন্তপংক্তির মধ্যস্থলে খানিকটা পুরু কাপড় অথবা একটা কর্ক স্থাপন করা আবশ্যক; একখানি চামচ অথবা স্প্যাচুলায় পুরু কাপড় জড়াইয়া লইলে এই উদ্দেশ্য সুচারুরূপে সংসাধিত হইতে পারে।

রোগিনীর স্নায়বিক অবসাদ ও পৈশিক শিথিলতা সাধন করিবার জন্য ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ করা বিধেয়। সময়ে সময়ে অনেকক্ষণ ধরিয়া রোগিনীকে ক্লোরোফর্ম্মের প্রভাবে রাখিতে হয়। কিন্তু অনেক স্থলে একটী ফিট আসিলেই ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ এবং তাহার অপগমে তাহা বন্ধ করিলেই কার্য্য সিদ্ধ হইতে পারে, তাহার পর যখনই ফিট হইতে থাকে, এইরূপ উপায় অবলম্বন করা বিধেয়। মস্তিষ্কে শোণিতাধিক্য থাকিলে সচরাচর ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ করা যুক্তিযুক্ত নহে, কিন্তু একলাম্‌জিয়া রোগে আক্ষেপ বশতঃ মস্তিষ্কের রক্তনালী সমূহ পরিপূরিত হইয়া পড়ে; তাহাতে ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ করিলে যেমন আক্ষেপ অপগত হইতে থাকে, সঙ্গে সঙ্গে শোণিতাধিক্যও কমিয়া আইসে। তবে যে স্থলে শিরামধ্যে অধিক শোণিত আবদ্ধ থাকাতে দেহের সায়ানসিসের ভাব উদ্ভাবিত হয়, তথায় ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ বিধেয় নহে; ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ কালে ঐরূপ অবস্থা প্রকাশ পাইলে ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ বন্ধ করা আবশ্যক।

ব্রোমাইড অব পটাশিযম ও হাইড্রেট অব ক্লোবালেব আক্ষেপ-দমনের ক্ষমতা আছে। যে স্থলে ক্লোরোফর্ম্ম প্রয়োগ করা অকর্ত্তব্য অথবা অন্য কোন কাবণ বশতঃ যেস্থলে ক্লোবোফর্ম্ম প্রযোগ করা যাইতে পারে না, সেস্থলে উক্ত ঔষধ দুইটীব উপব নির্ভব কবিতে হয়। এই দুইটী ঔষধ পৃথক্ পৃথক্ অথবা একত্র প্রয়োগ করা যাইতে পাবে। এতদুভয়কে একত্রে প্রয়োগ করিলে সচবাচর অভীষ্ট ফল সম্যক্‌রূপে লাভ করা যায়। ২০।৩০ গ্রেণ্ পটাস ব্রোমাই-ডের সহিত ১৫।২০ গ্রেণ হাইড্রেট অব ক্লোরাল এক মাত্রায় সেবন করিতে দেওয়া কর্ত্তব্য এবং আবশ্যক হইলে চাবি পাঁচ ঘণ্টা অন্তর ঐরূপ এক এক মাত্রা প্রয়োগ করা যাইতে পাবে। ব্রোমিডিয়া ৩০।৪০ মিনিম মাত্রায় সময়ে সময়ে বিশেষ সুফলপ্রদ হইয়া থাকে। ব্রোমিডিয়া একপ্রকাব প্যাটেণ্ট ঔষধ। ব্রোমাইড অব পটাশিয়ম, হাইড্রেট অব ক্লোবাল, ক্যানাবিস্ ইণ্ডিকা ও হায়াসায়মস এই ঔষধির কয়েকটী প্রধান উপাদান। এই ঔষধির ১ ড্রামে প্রায় ১৫ গ্রেণ ব্রোমাইড অব পটাশিয়ম, ১৫ গ্রেণ হাইড্রেট অব ক্লোরাল, ⅛ গ্রেণ এক্‌ষ্ট্রাক্ট ক্যানাবিষ ও ⅛ গ্রেণ হায়াসায়মস মিশ্রিত আছে। ব্রোমিডিয়ার অভাবে ইহার উপকবণ সমূহ পূর্ব্বোক্ত পবিমাণে মিশাইয়া খাওয়াইতে পারা যায়। রোগিনীর অজ্ঞান অবস্থায় গলাধঃকবণ কবিবার ক্ষমতা না থাকিলে এক ড্রাম জলেব সহিত ৫।৬ গ্রেণ হাইড্রেট অব ক্লোরাল হাইপোডার্ম্মিক রূপে প্রয়োজিত হইয়া থাকে। কেহ কেহ এই অবস্থায় পাইলোকার্পিণ প্রয়োগ অনুমোদন করিয়া থাকেন; কিন্তু এই ঔষধি অনেক স্থলে দেহেব অতিশয় বলক্ষুণ্ণতা আনয়ন কবে। সময়ে সময়ে নাইট্রেট অব এমাইলও ব্যবহৃত হইয়া থাকে। কেহ কেহ আবাব, মর্ফিয়া হাইপোডার্ম্মিক রূপে ইঞ্জেক্ট করিতে অনুমোদন করিয়া থাকেন। কিন্তু সম্যক্ কার্য্য-ফলোৎপাদনেব নিমিত্ত মর্ফিয়া অধিক মাত্রায় ব্যবহার করিতে হয়; তাহাতে অনিষ্ট হইবারই অধিক সম্ভাবনা।

গর্ভাবস্থায় একলাম্‌সিয়া হইলে কৃত্রিম উপায়ে প্রসব আনয়ন না করিয়া তাহাকে নিজে উদ্ভূত হইতে দেওয়াই ভাল। প্রসব উদ্ভাবনের নিমিত্ত অসের মধ্যে টেণ্ট প্রয়োগ ও অন্যান্য যে সকল উপায় অবলম্বিত হয়, তৎসমু-দায়ের উদ্দীপনে ফিট হইতে পারে। এইজন্য যেস্থলে আক্ষেপ অপত্যপথে

ভ্রূণমস্তকের চাপ জনিত নয় বলিয়া বোধ হয়, তথায় প্রসব আনয়ন ও সম্পাদনের জন্য স্বভাবের উপর নির্ভর করা যুক্তিযুক্ত। এরূপ স্থলে কৃত্রিম উপায় অবলম্বন করিতে গেলে কনভল্শন বর্দ্ধিত হইবারই অধিক সম্ভাবনা। জরায়ু-সঙ্কোচন আরম্ভ হইবার পর ফিট আসিলে প্রসব সচরাচর আপনি অতি সত্বর সম্পন্ন হইয়া থাকে। ইহার সম্পাদনার্থ কৃত্রিম সাহায্য প্রায়ই আবশ্যক হয় না। তবে যেস্থলে ভ্রূণমস্তকের চাপে ফিট উদ্ভূত বা পরিবর্দ্ধিত হইতেছে বলিয়া বোধ হয়, তথায় অবিলম্বে ফর্সেপ্স প্রয়োগ এবং আবশ্যক হইলে ক্রেনিয়টমী করিয়াও প্রসবকার্য্য সত্বর সম্পাদিত করা যুক্তিযুক্ত।

চতুস্ত্রিংশ অধ্যায়।

পুয়ারপিরাল ইনস্যানিটি।

গর্ভাধানের প্রারম্ভ-কাল হইতে স্তন্যদানের শেষকাল পর্য্যন্ত যে কোন সময়ে রোগিনী ক্ষিপ্ততাগ্রস্ত হইতে পারেন। এই সময়ের মধ্যে ক্ষিপ্ততা হইলে তাহাকে পুয়ারপিরাল ইনস্যানিটি বা সূতিকাক্ষিপ্ততা বলা যায়। সচরাচর তিন প্রকার পুয়ারপিরাল ক্ষিপ্ততা দেখিতে পাওয়া যায়;— প্রথম, গর্ভকালীন; দ্বিতীয়, সূতিকাকালীন; তৃতীয়, স্তন্যদানকালীন। এই সকলের মধ্যে গর্ভকালীন ক্ষিপ্ততা সর্ব্বাপেক্ষা কম; সূতিকাকালীন ক্ষিপ্ততা সর্ব্বাপেক্ষা বেশি এবং স্তন্যদানকালীন ক্ষিপ্ততা সূতিকাকালীন ক্ষিপ্ততা অপেক্ষা কম।

কারণ।—বহুপ্রসবিনীদিগের অপেক্ষা প্রথম প্রসবিনী—বিশেষতঃ বয়স্থা, প্রথম প্রসবিনীদিগের এই রোগ সর্ব্বাপেক্ষা অধিক হইতে দেখা যায়। অনেক

স্থলে ইঁহাদের ভাবী প্রসবের আশঙ্কা ও উদ্বেগ এই পীড়ার কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। পিতামাতার ক্ষিপ্ততা থাকিলে অনেক স্থলে তাহা পীড়ার পূর্ব্বপ্রবর্ত্তক কারণ হইয়া পড়ে। পৈতৃক পূর্ব্বপ্রবর্ত্তনা থাকিলে সামান্য উত্তেজক কারণ হইতে পীড়া জনিত হইতে পারে। মানসিক উদ্বেগ, দুঃসংবাদ-প্রাপ্তি, দুশ্চিন্তা, উপযুক্ত পোষণাভাবে শারীরিক দৌর্ব্বল্য, শোণিতস্রাব, এল্‌বুমিনিউরিয়া প্রভৃতি অবস্থা এই রোগের উত্তেজক কারণরূপে কার্য্য করিয়া থাকে। বিধবা বা অনূঢ়া রমণীর গর্ভসঞ্চার হইলে লজ্জা ও অপমান ভয়ে তাহারা ক্ষিপ্ত হইতে পারে।

লক্ষণ।—গর্ভকালীন ক্ষিপ্ততা প্রায়ই গর্ভের তৃতীয় ও সপ্তম মাসের মধ্যে সঞ্জাত হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে গর্ভের সূচনা হইতেই এই পীড়া উৎপন্ন হইতে দেখা যায়। গর্ভাবস্থায় সচরাচর স্ত্রীলোকদিগের মানসিক দৌর্ব্বল্য অথবা উত্তেজিত ভাব লক্ষিত হইয়া থাকে, সামান্য উত্তেজক কারণে তাহা ক্ষিপ্ততায় পরিণত হইবার সম্ভাবনা। কোন কোন স্থলে কোনরূপ পূর্ব্বলক্ষণ না থাকিয়াই পীড়া হঠাৎ পূর্ণভাবে প্রকাশ পাইয়া থাকে। গর্ভাবস্থায় এই পীড়া প্রায়ই মেলাঙ্কোলিয়া প্রকৃতি ধারণ করে। মেলাঙ্কোলিয়ায় গর্ভিণী সচরাচর কোনরূপ অলীক ধর্ম্মচিন্তার বশবর্ত্তিনী হইয়া সময়ে সময়ে আত্মহত্যার চেষ্টাও করিয়া থাকেন। গর্ভকালীন ক্ষিপ্ততা প্রায়ই প্রসবান্তে আরোগ্য হইয়া থাকে। পীড়া কচিৎ চিরজীবন থাকিয়া যায়। কোন কোন স্থলে ক্ষিপ্ততা প্রত্যেক গর্ভকালে পুনঃপুনঃ সঞ্জাত হয়।

প্রসবান্তে দশ পনর দিনের মধ্যে ক্ষিপ্ততা হইলে তাহা প্রায়ই মেনিয়া প্রকৃতি ধারণ করে; কিন্তু পীড়া সে সময়ের পর এবং স্তন্যদানের সময় হইলে প্রায়ই মেলাঙ্কোলিয়া প্রকৃতি-বিশিষ্ট হইয়া পড়ে।

পীড়া সূতিকাবস্থায় হইলে অনেক স্থলে তাহা প্রসবের প্রথম সপ্তাহে প্রকাশ পাইয়া থাকে। সচরাচর প্রকৃত মেনিয়া প্রকাশিত হইবার পূর্ব্বে কয়েক দিবস ধরিয়া পীড়ার পূর্ব্ব লক্ষণ পরিস্ফুট হইতে দেখা যায়। কোন কোন স্থলে পীড়া অকস্মাৎ পরিস্ফুট হইয়া থাকে। পীড়া মেনিয়া প্রকৃতির হইলে রোগিনী নিরতিশয় অশান্ত হইয়া পড়েন; স্খলিতপদে ইতস্ততঃ ধাবমান হইতে থাকেন; কখন হাসেন, কখন রোদন করেন, কখন বা উৎকট উত্তে-

জনায় ঘোবতব আস্ফালন কবিতে থাকেন, তাহাতে নিজেব অথবা সন্তানেব অনিষ্ট কবিতে পাবেন। মেলাঙ্কোলিয়াগ্রস্ত প্রকৃতিতে বোগিনী অনেক স্থলে নিবতিশয হতাশ হইয়া পড়েন, তাঁহাব উত্তেজিত ভাব অধিক দৃষ্ট হয় না; নানাবিধ অলীক ধর্ম্মচিন্তাব বশবর্ত্তিনী হইযা সময়ে সমযে তিনি আত্মহত্যা করিতে উদ্যত হইযা থাকেন।

এরূপ অবস্থায় বোগিনীব প্রাযই আহাবে রুচি থাকে না, তাঁহাব কোষ্ঠ-বদ্ধতা জন্মে, এবং মলমূত্র অনিচ্ছাবশতঃ নিঃসৃত হইযা থাকে। ভোজ্যদ্রব্যে নিতান্ত নিঃস্পৃহ হইলে বোগিনীব অবস্থা সঙ্কটাপন্ন হইবাব সম্ভাবনা। উপ-যুক্ত পোষণ দ্রব্যেব অভাবে তাঁহাব শবীব শীর্ণ ও জীর্ণ হইতে থাকে এবং তিনি এত দুর্ব্বল হইযা পড়েন যে, পদচাবণে নিতান্তই অক্ষম হইযা থাকেন।

অনেকস্থলে দুগ্ধক্ষবণ এবং লোকিযা একেবাবে বন্ধ হইযা পড়ে। তাঁহাব সর্ব্বাঙ্গে ও নিশ্বাসে মধুব ন্যায় একপ্রকাব বিচিত্র গন্ধ নির্গত হইতে থাকে। সৌভাগ্যবশতঃ পুযাবপিবাল ক্ষিপ্ততা হইতে বোগিনীব কচিৎ মৃত্যু হইতে দেখা যায়। অধিকাংশ বোগিনীই আবোগ্য লাভ কবেন।

পীড়া মেনিয়া প্রকৃতিবিশিষ্ট হইলে অল্প দিনেব মধ্যেই সাবিতে পাবে; মেলাঙ্কোলিযা আবোগ্য হইতে প্রাযই অধিক সময লাগে, কোন কোন স্থলে পীড়া চিবজীবনেব জন্য থাকিয়া যায। কোন কোন বোগিনী অনেক দিবস ভুগিযা ডিমেন্‌শিযাগ্রস্তা হইতে পাবেন।

প্রসবকালে সমযে সময়ে ক্ষণিক ক্ষিপ্ততা প্রকাশ পাইযা থাকে, তাহাতে রোগিনী উন্মত্তা হইয়া নিজেব বা সন্তানেব অনিষ্ট কবিতে পাবেন। প্রসবেব দ্বিতীয় ক্রমেব শেষভাগে এইরূপ ঘটনা সচবাচব ঘটিতে দেখা যায। সন্তান ভূমিষ্ঠ হইলে এই অবস্থা প্রাযই অপনীত হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—বোগিনীকে নিস্তব্ধ ও বিশুদ্ধ গৃহে বক্ষা কবা আবশ্যক; গৃহটী যাহাতে মৃদুভাবে আলোকিত হয়, যাহাতে বিশুদ্ধ বাযু গৃহমধ্যে অবাধে সঞ্চালিত হইতে পায় এবং বিবক্তি ও উত্তেজনাব সকল কাবণ যাহাতে গৃহ হইতে অন্তরিত হয়, তদ্বিষযে বিশেষ দৃষ্টি বাখা কর্ত্তব্য। তিনি যে সকল ব্যক্তিকে কিম্বা যে সকল দ্রব্য দেখিতে ভাল বাসেন না, সেই গৃহ হইতে তৎসমুদায় দূবে বাখা আবশ্যক। তথায় বিবক্তিকর বিষয়ের কথোপ-

কথন করা উচিত নহে। অনেক স্থলে সহানুভাবী বন্ধুদিগকে অন্তরে রাখা আবশ্যক হইয়া পড়ে। সুবিধা হইলে একজন সুদক্ষ পরিচারিকা নিয়োগ করা আবশ্যক। বাতুলাশ্রয়ে তত্ত্বাবধানার্থ উপযুক্ত লোক থাকাতে, পীড়া পুরাতন প্রকৃতির হইলে, অথবা বাড়ীতে চিকিৎসার সুবিধা না থাকিলে রোগিনীকে তথায় প্রেরণ করা যুক্তিযুক্ত। অনেক স্থলে স্বামীকে ও অতি নিকট আত্মীয় পরিজনকে দেখিবামাত্র রোগিনীর ক্ষিপ্ততার লক্ষণাবলি অধিকতর পরিস্ফুট হইয়া উঠে; এইজন্য উত্তেজনার এই সমস্ত কারণ হইতে তাঁহাকে দূরে রাখা কর্ত্তব্য। এই সকল উপায় বিধানের সঙ্গে সঙ্গে রোগিনীর শৌচাচার, আহার ও নিদ্রার প্রতি বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। তাঁহার পরিপাক-শক্তির পরিমাণানুসারে উপযুক্তরূপে পুষ্টিকর ও অনুত্তেজক খাদ্য দ্রব্য প্রদান করা কর্ত্তব্য; এবং যদি তিনি কিছুতেই তাহা ভোজন করিতে সম্মত না হন, তাহা হইলে তাঁহার নাসারন্ধ্রের ভিতর দিয়া ইসফেগস পর্য্যন্ত একটী গাম ইলাষ্টিক ক্যাথিটার প্রবেশিত করিয়া তন্মধ্যস্থ ছিদ্র দ্বারা তরল পোষণ দ্রব্য ঢালিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য। রোগিনী নিরতিশয় দুর্ব্বল হইলে উত্তম ওয়াইন কিম্বা ব্রাণ্ডি ও বলকারক ঔষধ বিধান করা উচিত। তাঁহার নিদ্রানয়নের জন্য হাইড্রেট অব ক্লোরাল ও ব্রোমাইড অব পটাশিয়ম পৃথক্ পৃথক্, অথবা একত্রে সেবন করিতে দেওয়া আবশ্যক। কোন কোন স্থলে হায়াসায়মাসের সহযোগে ব্রোমাইড বিশেষ কার্য্যকর হইয়া থাকে। ১৫ গ্রেণ ব্রোমাইড অব পটাশিয়ম অথবা ব্রোমাইড অব সোডিয়ম, ২০।২৫ মিনিম টিংচার হায়াসায়মাসের সহযোগে প্রয়োগ করাতে সময়ে সময়ে বিশেষ উপকার হইতে দেখা গিয়াছে। রোগিনী নিজে সেবন না করিলে এই সমস্ত এনিমারূপে প্রয়োগ করা বিধেয়। সল্‌ফোন্যালও নিদ্রা-আনয়নে বিশেষ সহায়তা করে। ইহা ১৫।২০ গ্রেণ একমাত্রা খাওয়াইলে অনেক স্থলে ৪।৫ ঘণ্টা বেশ ঘুম হইয়া থাকে। তাঁহাকে অহিফেন দেওয়া নিষিদ্ধ। ইহাতে নিদ্রা আনীত হয়, কিন্তু মস্তিষ্কে শোণিতাধিক্য সাধিত হইয়া থাকে; তাহাতে অপকার হইবারই সম্ভাবনা। মৃদু বিরেচক দ্বারা রোগিনীর অন্ত্র পরিষ্কৃত রাখা আবশ্যক। পীড়া মেনিয়া প্রকৃতিবিশিষ্ট হইলে রোগিনীর মনশ্চাঞ্চল্য দূরীকরণ ও নিদ্রানয়নের নিমিত্ত "ওয়ার্মবাথ" বা "ওয়েট প্যাকিঙ" ব্যবস্থা

করা যুক্তিযুক্ত। রোগিণীর গাত্রে "মেসাজ" প্রয়োগ করিলে, সময়ে সময়ে স্নায়বিক উত্তেজনা বিদূরিত হয় ও সুচারু নিদ্রা আইসে।

পঞ্চত্রিংশ অধ্যায়।

পেল্‌ভিক সেলিউলাইটিস ও পেল্‌ভিক পেরিটোনাইটিস।

বস্তির সেলিউলার ও পেরিটোনিয়াল টিস্থতে প্রদাহ হইলে যথাক্রমে তাহা পেল্‌ভিক সেলিউলাইটিস্ ও পেল্‌ভিক পেরিটোনাইটিস নামে আখ্যাত হইয়া থাকে। জরায়ু ও অপত্যপথে আঘাত লাগিয়া, কিম্বা অন্য কোন কারণে প্রদাহ হইলে সেই প্রদাহ বিস্তারিত হইয়া অনেক স্থলে এই সকল পীড়া সঞ্জাত হইয়া থাকে। ফেলোপিয়ান নালী অথবা ওভেরিতেও প্রদাহের সূত্রপাত হইয়া এই সকল পীড়া জনিত হইতে দেখা যায়। সময়ে সময়ে সেপ্টিসিমিয়ার সহিত এই সকল পীড়া বিদ্যমান থাকে; পুয়ারপিরাল সেপ্টিসিমিয়ার বর্ণনকালে তাহা লিখিত হইয়াছে। পীড়া দুষ্ট প্রকৃতির হইলে জরায়ু, যোনি, ব্রড লিগেমেণ্ট এবং বস্তি-গহ্বরস্থিত অন্যান্য টিস্থসমুদায়ে প্রাদাহিক অবস্থা অল্প সময়ের মধ্যে বিস্তৃত হইতে পারে; কিন্তু তাহা না হইয়া অনেক স্থলে প্রদাহ কোন একটি অংশমাত্রে প্রকাশ পায়। তবে পীড়া একস্থলে হইলে নিকটবর্ত্তী প্রদেশে বিশেষতঃ পুয়ারপিরাল অবস্থায় সহজে বিস্তারিত হইবার সাতিশয় সম্ভাবনা। সেলিউলাইটিস অধিক পরি-

মাণে থাকিলে তাহাব সহিত প্রায়ই পেরিটোনাইটিস থাকিতে দেখা যায় ; এইজন্য এই দুইটী পীড়া এক সঙ্গেই বর্ণিত হইয়া থাকে। পেরিটোনাইটিস হইলে বস্তিস্থিত সমগ্র পেরিটোনিয়মে কিম্বা তাহার কোন অংশে,—বিশেষতঃ ডুগলাসের পৌচে ও ব্রড্ লিগেমেণ্টের আচ্ছাদনে প্রদাহ হইতে পারে।

লক্ষণ।—রোগাক্রমণের অব্যবহিত পূর্ব্বে সচরাচর শৈত্য বা কাঁইপাব প্রকাশ পাইয়া থাকে। তৎকালে এব্‌ডোমেনের নিম্ন অংশে প্রায়ই অল্প বা অধিক পরিমাণে বেদনা অনুভূত হয়। সেলিউলাইটিস হইলে জরায়ুর নিকটস্থ অংশ সমুদায়ে এই বেদনাব সহিত স্ফীতভাব লক্ষিত হয় ; কিন্তু বেদনা প্রায়ই অতি তীব্রভাবে প্রকাশ পায় না, ইহা গভীরস্থিত বলিয়া অনুভূত হয়। পেরিটোনাইটিস্ থাকিলে বেদনা প্রায়ই অতিশয় তীব্রভাবে প্রকাশ পাইয়া থাকে ; ইহা গভীরস্থিত নহে ; ইহা যে এব্‌ডোমেন-প্রাচীরের নিম্নস্তরেই সংস্থিত, অনেকস্থলে তাহা সহজেই বুঝিতে পারা যায়। পেরিটোনাইটিসের বেদনা সময়ে সময়ে এত তীব্র হইয়া থাকে যে, এব্‌ডোমেন-প্রাচীরের উপর কোন দ্রব্যের সামান্য সংস্পর্শেই রোগিনী চমকিয়া উঠেন ; তাঁহার বেদনা অসহনীয় বলিয়া বোধ হয় ; এমন কি কখন কখন শয্যাবস্ত্রের ভারও তাঁহার নিতান্ত অসহ্য হইয়া উঠে। তাঁহার শরীর সংস্থানেরও বৈচিত্র্য লক্ষিত হয়। তিনি উত্তান ভাবে হাঁটু গুটাইয়া শুইয়া থাকেন। তাহাতে এব্‌ডোমেন-প্রাচীরের পেশী সমুদায় কিয়ৎপরিমাণে শিথিলভাবে থাকিতে পারে।

সেলিউলাইটিসের সহিত পেরিটোনাইটিস আদৌ না থাকিলে, অথবা অতি অল্প পরিমাণে থাকিলে, বেদনা অধিক অনুভূত হয় না। কোন কোন স্থলে বেদনা পর্য্যায়ান্বিত হইয়া থাকে ;—বেদনা কয়েক ঘণ্টা অনুভূত না হইয়া, অথবা কমিয়া গিয়া হঠাৎ আবার বাড়িয়া উঠে। এই সকল লক্ষণের সহিত জ্বর হইতে দেখা যায়। শরীর তাপ ক্রমান্বয়ে বৃদ্ধি পাইয়া ১০৪ ডিগ্রি—এমন কি সময়ে সময়ে তদপেক্ষাও বেশি হইয়া উঠে। নাড়ী ঘনতা বৃদ্ধি পায় ; প্রদাহ প্রযুক্ত মলমূত্রত্যাগের ব্যাঘাত জন্মে ;—সময়ে সময়ে তৎসমুদায়ের নিঃসরণে অতিশয় কষ্ট হইয়া থাকে। রোগিনীকে বিবমিষা ও বমনে নিপীড়িত হইতে দেখা যায়। পেরিটোনাইটিস্ হইলে এই দুইটী উপসর্গ অধিক পরিমাণে উত্তুঙ্গ হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে পীড়ার লক্ষণাবলি হঠাৎ প্রকাশ না পাইয়া ধীরে

ধীরে পরিস্ফুট হয়। পীড়ার বাহ্য লক্ষণ অধিক থাকে না; কিন্তু সতর্কভাবে পরীক্ষা করিলে বেশ বুঝিতে পারা যায় যে, প্রদাহজনিত পদার্থনিচয় বস্তি-গহ্বরে বিদ্যমান রহিয়াছে।

অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা করিলে যোনি স্ফীত ও উত্তপ্ত বলিয়া বোধ হয় এবং আক্রমণের পরিমাণানুসারে তাহাতে অল্প বা অধিক পরিমাণে "ইণ্ডিউরেশন" বা দৃঢ়তা ও স্ফীতি দেখা যায়। জরায়ুর সম্মুখ, পশ্চাৎ, অথবা এক পার্শ্বে এই সকল অস্বাভাবিক অবস্থা ঘটিতে পারে। প্রদাহজনিত পদার্থ অধিক থাকিলে জরায়ু তন্মধ্যে নিহিত বলিয়া বোধ হয়; তৎকালে তাহা অঙ্গুলিদ্বারা সহজে সঞ্চালিত হইতে পারে না। "একজুডেশন" এক পার্শ্বে অধিক হইলে জরায়ু তাহার বিপরীত দিকে বিচ্যুত হইয়া পড়ে। এই সকল অবস্থা নির্ণয় করিবার জন্য বাহ্য ও অভ্যন্তরীণ পরীক্ষা করা আবশ্যক।

পীড়া প্রশমিত হইয়া টিসুসমূহ স্বাভাবিক অবস্থায় ক্রমে প্রত্যাবৃত্ত হইতে পারে; কিন্তু রেজলিউশন না হইয়া পীড়া উত্তরোত্তর বৃদ্ধি পাইলে পূয পাদিত হইবার সম্ভাবনা। পেরিটোনাইটিস্ অপেক্ষা সেলিউলাইটিসে পূয়োৎপাদন অধিক হইতে দেখা যায়। পীড়া প্রশমিত হইতে আরম্ভ করিলে স্থানিক প্রদাহের লক্ষণাবলি ক্রমে ক্রমে বিদূরিত হইতে থাকে,—প্রক্ষিপ্ত পদার্থের সঞ্চয় জনিত স্ফীতি ধীরে ধীরে কমিতে আরম্ভ করে এবং বেদনা হ্রাস পাইতে থাকে, এইরূপে টিসু সমুদায় স্বাভাবিক অবস্থায় প্রত্যাবৃত্ত হয়। কিন্তু কোন কোন স্থলে এইরূপ রেজলিউশন না হইয়া স্থায়ী "এড্‌হিশন" হওয়াতে যন্ত্র সমুদয় পরস্পর সংযুক্ত হইয়া থাকে; তাহাতে তাহারা স্থানচ্যুত হইয়া আবদ্ধ ভাবে থাকিয়া যাইতে পারে।

পূয়োৎপাদন হইলে জ্বর পূর্ব্বের ন্যায় নিরবচ্ছিন্নভাবে থাকে না, অনেক স্থলে স্বল্পবিরাম ভাবাপন্ন হয়, অপরাহ্নে প্রায়ই শারীর-উত্তাপ বাড়িয়া উঠে। এইরূপ হইয়া জ্বর প্রকৃত হেক্‌টিকে পরিণত হইতে পারে। এব্‌সেস্ হইলে পূয় অনেক স্থলে এব্‌ডোমেন-প্রাচীর দিয়া বাহির হইয়া যায়; সময়ে সময়ে ইহার মুখ মূত্রাশয়, যোনি অথবা রেক্‌টমে হইয়া থাকে। কখন কখন এব্‌সেস্ পেরিটোনিয়ম গহ্বরে উন্মুক্ত হইয়া পড়ে; এরূপ হইলে সাধারণ পেরি-টোনাইটিস উদ্ভূত হইয়া থাকে।

এই পীড়া হইলে অনেক স্থলে রোগিনী আরোগ্য লাভ করিয়া থাকেন; কিন্তু পূয়োৎপাদন বশতঃ রোগিনী উত্তরোত্তর দুর্ব্বল হইলে অথবা জেনারেল পেরিটোনাইটিস প্রকাশ পাইলে সময়ে রোগিনীর মৃত্যু হইয়া থাকে। প্রাদাহিক অবস্থা বিদূরিত হইলেও কথন কথন তাহার ফলস্বরূপ বস্তিস্থ যন্ত্র সমুদায়ের বিকৃত অবস্থা চিরজীবনের জন্য থাকিয়া যায়।

চিকিৎসা।—রোগিনীকে শয্যায় সর্ব্বতোভাবে শান্তি সম্ভোগ করিতে দেওয়া আবশ্যক; এরূপ করিলে রোগিনীর যন্ত্রণা প্রশমিত হইয়া থাকে; সঙ্গে সঙ্গে প্রাদাহিক অবস্থা কমিতে পারে। অহিফেনের বেদনা-প্রশমন ক্ষমতা অধিক; এইজন্য বেদনা অধিক হইলে এই ঔষধপ্রয়োগ নিতান্ত আবশ্যক হইয়া পড়ে। রোগিনীকে অহিফেন খাইতে দেওয়া অথবা হাইপোডার্ম্মিক, কিম্বা সরলান্ত্রে "সাপোজিটরী" রূপে প্রয়োগ করা যাইতে পারে। জরায়ু বৃহদায়তন থাকিলে অহিফেনের সহিত আর্গট প্রয়োগ বিধেয়। এই অবস্থায় এব্‌ডোমেনের নিম্ন অংশে আর্দ্রতাপ প্রয়োগে অনেক উপকার দর্শিয়া থাকে; এই উদ্দেশে গরম পুল্‌টিশ প্রয়োগ, অথবা গরম জলের সেক দিলে যাতনার অনেক উপশম হইতে দেখা যায়। এব্‌ডোমেনের উপর টিঞ্চার অপিয়াই সিঞ্চন করিয়া তদুপরি পুল্‌টিশ স্থাপন করিলে অধিক ফললাভের সম্ভাবনা। অহিফেন ও বেলেডোনা পৃথক্ পৃথক্, অথবা একত্রে গ্লিসিরিণের সহিত মিশাইয়া পুল্‌টিশের নিচে লেপ দেওয়া যাইতে পারে।

এই সময়ে অন্ত্রমণ্ডলের অবস্থা সতর্কভাবে পরীক্ষা করা আবশ্যক। অন্ত্রে বিশেষতঃ উহার নিম্ন অংশে মল কঠিন ও আবদ্ধ ভাবে থাকিলে সাতিশয় কষ্টের কারণ হইয়া থাকে, এবং তাহাতে পীড়া বৃদ্ধি হইবার সম্ভাবনা; সেইরূপ আবার অধিক ভেদ হইলে অনিষ্ট হইতে পারে; এইজন্য কেবল বদ্ধমল-নিঃসরণার্থ এনিমা প্রয়োগ করা বিধেয়। রোগিনীকে অল্প অল্প পরিমাণে ক্যাষ্টর অইল-ও খাওয়ান যাইতে পারে। কিন্তু কোন উৎকট বিরেচক প্রয়োগ করা যুক্তিযুক্ত নহে। মৃদু বিরেচক ও পুল্‌টিশের সাহায্যে প্রায়ই কার্য্য সিদ্ধ হইয়া থাকে। প্রদাহের তীব্রতা থাকিলে ক্যাষ্টর অইল প্রয়োগের পূর্ব্বে কয়েক গ্রেণ ক্যালমেল দেওয়া যাইতে পারে; ইহা বিরেচকের কার্য্য করে এবং প্রদাহও প্রশমিত করিয়া থাকে। পীড়ার প্রারম্ভকালে রোগিনীর বল

অধিক পরিমাণে ক্ষুণ্ণ হইয়া না পড়িলে প্রদাহ প্রশমনের নিমিত্ত অল্প অল্প পরিমাণে একোনাইট দেওয়া যাইতে পারে। আবশ্যক বোধ হইলে ডিজি-টেলিসের সহযোগে ইহা প্রয়োজিত হইয়া থাকে। পীড়ার তরুণ লক্ষণাবলি কমিয়া আসিলে প্রদাহজনিত পদার্থনিচয়ের বিশোষণে সাহায্য করিবার নিমিত্ত এব্‌ডোমেনের উপর টিঞ্চার আইওডাইন যথাবিধানে প্রয়োগ করা বিধেয়। ইহা অপেক্ষা সময়ে সময়ে ছোট ছোট ব্লিষ্টার উদ্ভাবনে বিশেষ সুফল লাভ হইয়া থাকে। একটী ব্লিষ্টার উদ্ভাবিত হইলে ক্ষতস্থলে সেভাইন অয়েণ্ট প্রভৃতি উত্তেজক ঔষধ প্রয়োগ করিয়া ঘা সারিতে না দেওয়া অপেক্ষা একটী ব্লিষ্টারের ক্ষত সারিয়া গেলে নিকটস্থ প্রদেশে উপর্য্যুপরি আর করিয়া ব্লিষ্টার উৎপাদন করা যুক্তিযুক্ত। বস্তিতে এবসেস হইয়া কোন দিয়া ইহার মুখ বাহির হইলে এস্পিরেটার দ্বারা তাহার পূয় বাহির অথবা ছুরিকা দ্বারা তাহা খুলিয়া দেওয়া আবশ্যক। তাহার পর এণ্টিসেপ্টিক প্রণালীতে তাহার "ড্রেস" করা বিধেয়। যতদিন না পূয় উপরের নি আইসে, ততদিন অপেক্ষা না করিয়া এবসেসের মুখ খুলিয়া দেওয়া সকল যুক্তিযুক্ত নহে।

পথ্য সুপাচ্য, অথচ পুষ্টিকর হইবে ; পূয় উৎপন্ন হইলে বলকারক ও বিশেষতঃ উৎকৃষ্ট ওয়াইন অথবা ব্রাণ্ডি সেবন করিতে দেওয়া আবশ্যক. এইরূপ অবস্থায় দেহের সাধারণ স্বাস্থ্য ও উৎকর্ষ বিধানোপযোগী উপায় অব-লম্বন করা যুক্তিযুক্ত।

ষট্‌ত্রিংশ অধ্যায়।

ফ্লেগ্‌মেশিয়া ডোলেন্স।

র্গর্ভ ও সূতিকাবস্থায় স্বভাবতঃ শোণিতেব যে সকল অবস্থান্তব হইয়া থাকে, তৎসমুদায় ফ্লেগ্‌মেশিয়া ডোলেন্সের প্রধান কাবণ রূপে কার্য্য করে। গর্ভাবস্থায় শোণিতে ফাইব্রিণের অংশ বর্দ্ধিত হয় এবং দেহে অল্প বা অধিক পরিমাণে হাইড্রিমিক অবস্থা সঞ্জাত হইয়া থাকে। সূতিকাবস্থায় জরায়ুর ইনভলিউশন হইতে আবম্ভ করিয়া, সেই প্রক্রিয়াজনিত আণবিক পরিবর্ত্তনে শোণিতেব নিষ্কাশ্য পদার্থ সমুদায় বর্দ্ধিত হইয়া থাকে। শোণিতের এইরূপ অবস্থায় অতি সামান্য উত্তেজনা কাবণে রক্তনালী সমুদায়ে শোণিত ক্লট বাঁধিতে পাবে। শোণিত-ক্লট ধমনী ও শিবা—উভয় নালীতেই বাঁধিয়া থাকে। ধমনী অপেক্ষা শিবাতেই তাহা অধিক হইতে দেখা যায়। শোণিত একস্থলে জমাট বাঁধিয়া শোণিত-স্রোতে তাহাব কিয়দংশ, অথবা সমস্তই তথা হইতে অন্যত্র চালিত হইতে পারে। শোণিত নালীমধ্যে কোন স্থানে জমাট বাঁধিলে তাহাকে থ্রম্বোসিস বলা যায়। সেই জমাট স্থানান্তবে চালিত হইলে তাহাকে এম্বোলিজম কহে। থ্রম্বোসিস ও এম্বোলিজমেব স্থিতিস্থানেব উপর ইহাদের কার্য্যফল অনেক পরিমাণে নির্ভব করে। পল্মনাবী ধমনীতে থ্রম্বোসিস হইলে শোণিত-সঞ্চালনের অবরোধ সাধন কবিয়া রোগিনীর জীবন বিপন্ন করিয়া তুলে এবং মস্তিষ্ক, ফুসফুস, অথবা অন্যান্য যন্ত্রের কোন একটী নালীতে হইলে সেই স্থলেব তাহার কার্য্যবিকার ও প্রদাহিক অবস্থা উৎপাদিত করিয়া থাকে। এইরূপে প্যারালিসিস ও যান্ত্রিক প্রদাহ সমুদ্ভূত হয়। এইরূপ থ্রম্বোসিস দেহেব নিম্ন অঙ্গের শিরায় হইলে তাহাকে সচরাচর "ফ্লেগ্‌মেশিয়া

প্রকাশ পাইয়া থাকে। শারীর তাপ অনেকস্থলে স্বাভাবিক অপেক্ষা তিন চারি ডিগ্রির অধিক হয় না; কিন্তু বেদনার আতিশয্য প্রায়ই লক্ষিত হইয়া থাকে। আক্রান্ত শিরার উপরে অথবা তন্নিকটে বেদনা অনুভূত হয়; তাহাতে সেই শিরা এক গাছি দৃঢ় বজ্জুর ন্যায় প্রতীত হইয়া থাকে; বেদনা অতীব তীব্র, এবং স্পন্দন ও ছেদনস্বভাবাপন্ন। বেদনার সঙ্গে সঙ্গে স্ফীতি ও স্থানিক তাপ বর্দ্ধিত হইয়া থাকুক। স্ফীতভাব বাড়িয়া উঠিলে অনেকস্থলে বেদনা কিয়ৎপরিমাণে কমিয়া যায়। স্ফীতি সচরাচর গ্রইনে আরম্ভ হয়; তাহার পর তাহা ক্রমে নিম্নে বিস্তৃত হইয়া সমগ্র উরুদেশ অথবা সমগ্র অঙ্গটীকে আচ্ছন্ন করিতে পারে। কখন কখন ইহা পায়ের কাছে আরম্ভ হইয়া ঊর্দ্ধে সঞ্চালিত হইয়া থাকে; সমস্ত চরণ ঘোরতর স্ফীত হইয়া উঠে; সময়ে সময়ে স্ফীতি এত অধিক হইয়া থাকে যে, কয়েক ঘণ্টার মধ্যে আক্রান্ত অঙ্গটী স্বাভাবিকের দ্বিগুণ হইয়া পড়ে। স্ফীতস্থানে কাঠিন্য অনুভূত হয় এবং তাহা চাপলে বসিয়া যায় না। অনেকস্থলে দুই এক সপ্তাহের মধ্যে লক্ষণাবলির উপশম হইতে আরম্ভ হয়; জ্বর ও বেদনা ক্রমে কমিয়া আইসে এবং বিশোষণ হইয়া স্ফীতি অদৃশ্য হইতে আরম্ভ করে। কিন্তু সমস্ত স্ফীতির অপগম ও অঙ্গের স্বাভাবিক বল পুনর্লাভে কয়েক মাস অতীত হইতে পারে।

সৌভাগ্যবশতঃ পীড়া অধিক স্থলে ঐরূপে ক্রমে ক্রমে উপশমিত হইয়া থাকে। আক্রান্ত অঙ্গ প্রত্যঙ্গগুলি অনেকস্থলে স্বাভাবিক অবস্থা পুনঃপ্রাপ্ত হয়; কিন্তু তৎসঙ্গে কখন কখন রক্তনালী স্বাভাবিক অবস্থা পুনঃপ্রাপ্ত হয় না;—শোণিতকূট বিশোষিত না হইয়া টিসুরূপে পরিণত হইয়া রক্তনালীর বিলোপ সাধন করিয়া থাকে। আবার কখন কখন পীড়িত স্থলে পূয় উৎপাদিত হইয়া থাকে। "সপিউরেশন" বিস্তৃত হইয়া রোগিনীর বলক্ষুণ্ণতা সাধন অথবা সেপ্টিসিমিয়া উদ্ভাবন করিয়া মৃত্যুর কারণ হইতে পারে। পীড়িত স্থল হইতে রক্তের জমাট বিচ্ছিন্ন হইয়া এম্বোলাস রূপে পল্‌মনারী ধমনীতে নীত হইলে রোগিনীর অবস্থা সাতিশয় বিপন্ন হইয়া থাকে। ফ্লেগ্‌মেশিয়া রোগে এরূপ দুর্ঘটনা নিতান্ত বিরল নহে। পল্‌মনারী ধমনী একবারে বদ্ধ হইয়া পড়িলে রোগিনীর অনেকক্ষণ জীবিত থাকা অসম্ভব হইয়া

ডোলেন্স” বা “হোয়াইট লেগ” বলা যায়। ফিমোর‍্যাল শিরাতেই প্রথমতঃ রক্ত জমাট বাঁধিয়া অনেক স্থলে এই পীড়া উদ্ভূত হইয়া থাকে। পীড়া জরায়ুর শিরাসমূহে আরম্ভ হইয়া ক্রমে ইলিয়াক ও ফিমোর‍্যাল শিরায় বিস্তৃত হইতে পারে। কোন কোন স্থলে শিরা ও তাহার চতুষ্পার্শ্বস্থ প্রদেশে প্রদাহ উৎপাদিত হইয়া শোণিত জমাট বাঁধিবার কারণ হইতে পারে। শিরাসমূহের প্রদাহের সঙ্গে সঙ্গে নিকটবর্ত্তী লসিকা নালী সমুদায় প্রাদাহিক ভাব উৎপন্ন হইয়া থাকে। নিম্ন প্রত্যঙ্গের ন্যায় দেহের অন্যান্য অংশেও ফ্লেগ্‌মেশিয়া উদ্ভূত হইতে পারে। কিন্তু এরূপ ঘটনা অতি বিরল। এই পীড়া যে কেবল প্রসূতিদিগেরই হইয়া থাকে, এমত নহে, অগর্ভা রমণী,—এমন কি সময়ে সময়ে পুরুষদিগেরও হইতে দেখা যায়।

এই পীড়া ক্রুর‍্যাল ফ্লিবাইটিস, এনাসার্কা সিরোজা, এডিমা ল্যাক্টিয়াম প্রভৃতি অন্যান্য নামেও আখ্যাত হইয়া থাকে। পূর্ব্বতন চিকিৎসকেরা এই পীড়ার কারণ নির্দ্দেশে অনেক উপপত্তির উদ্ভাবন করিয়াছিলেন। সেই সমস্ত উপপত্তির নির্দ্দেশানুসারে এই সকল নামকরণ হইয়াছে। ডাক্তার প্লেফেয়ার এই পীড়াকে পেরিফেরাল ভিনাস্ থ্রম্বোসিস বলিয়া বর্ণন করিয়াছেন। পীড়ার কারণ নির্দ্দেশে এই সমস্ত নামকরণ যুক্তিসিদ্ধ বলিয়া বোধ হইলেও এস্থলে পীড়ার সাধারণ প্রচলিত নাম ফ্লেগ্‌মেশিয়া ডোলেন্সই ব্যবহৃত হইল।

অনেক স্থলে পীড়া একটী পায়ে জনিত হয়; সময়ে সময়ে উভয় পদই একসময়ে আক্রান্ত হইয়া থাকে। আবার কোন কোন স্থলে একটী পায়ে অগ্রে আরম্ভ হইয়া ক্রমে অপর পায়ে প্রকাশিত হইয়া থাকে। দুই চরণের মধ্যে বামটীই সচরাচর অধিক আক্রান্ত হইতে দেখা যায়। কোন কোন রোগিনীর এই পীড়াপ্রবণতা অধিক। এই পীড়া একবার হইলে ইহার পুনরাক্রমণের অধিক সম্ভাবনা। এইজন্য কোন প্রসূতি একবার এই পীড়ায় আক্রান্ত হইলে প্রায় প্রত্যেক সূতিকাবস্থায় তাহাকে ইহা দ্বারা আক্রান্ত হইতে দেখা যায়।

লক্ষণ।—পীড়াক্রমণের সঙ্গে সঙ্গে আক্রান্ত স্থলে বেদনা অনুভূত হইতে থাকে এবং তাহার সহিত শারীরিক তাপ বাড়িয়া উঠে। এই সমস্ত লক্ষণ প্রকাশ পাইবার পূর্ব্বে প্রায়ই অল্প অল্প শৈত্যবোধ কিম্বা স্পষ্ট কাঁইপার

পড়ে। ফুস্ফুসের বায়ুকোষ মধ্যে শ্বাসবায়ু সঞ্চালিত হইতে থাকে ; কিন্তু পলমনারী ধমনী বদ্ধ হওয়াতে রক্তাদি তথায় অগ্রসর হইতে পারে না ;—এইরূপে এম্বিকশিয়া সঞ্জাত হইয়া রোগিনীর মৃত্যুর কারণ হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—দেহের দুর্ব্বল ও হাইড্রিমিক অবস্থা হইতে এই পীড়া উৎপাদিত হওয়াতে কোনরূপ অবসাদক বা দুর্ব্বলকর উপায় অবলম্বন করা একান্ত যুক্তিবিরুদ্ধ, যাহাতে যাতনা উপশমিত ও থ্রম্বোসিস বিশোষিত হয় এবং শরীরের বলাধান ও সাধারণ অবস্থার উৎকর্ষ সাধিত হয়, এই সময়ে তদ্বিষয়েই বিশেষ লক্ষ্য রাখা আবশ্যক।

রোগিনীকে শয্যায় শান্তভাবে সংরক্ষিত করিলে অনেক সময় তাহার যাতনা উপশমিত হইয়া থাকে, এইজন্য তাঁহাকে প্রশান্তভাবে শয্যায় শায়িত রাখা কর্ত্তব্য, এমন কি তাঁহার বিছানা যাহাতে কোনরূপে নাড়াচাড়া না পায় এবং ভারী বস্ত্রাদি পীড়িত স্থলে চাপিয়া না থাকে, তদুপযোগী উপায় অবলম্বন করা আবশ্যক। পীড়িত অঙ্গে ঘন ঘন আর্দ্র তাপ প্রয়োগ করিলে "টেন্শন" ও বেদনা অনেক পরিমাণে কমিয়া যায়। এইজন্য সমগ্র পীড়িত অঙ্গে পোল্‌টিশ প্রযোজিত হইতে পারে। অগ্রে বেলেডোনা অথবা অহিফেন ঘটিত ঔষধ লাগাইয়া তাহার উপর পোল্‌টিশ লাগাইলে বিশেষ উপকার হইবার সম্ভাবনা ; কিন্তু কোন কোন স্থলে পোল্‌টিশের ভার রোগিনীর কষ্টকর হইয়া থাকে। সেরূপ স্থলে অনেকক্ষণ ধরিয়া ক্রমাগত উষ্ণ জলের ফোমেণ্টেশন করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। অগ্রে বেলেডোনা অথবা অহিফেন লাগাইয়া তাহার উপর ফোমেণ্টেশন করা যাইতে পারে। বেদনা অধিক হইলে মর্ফিয়ার হাইপোডার্ম্মিক প্রয়োগে তাহা প্রশমিত করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। এরূপ স্থলে ব্লিষ্টার প্রভৃতি "কাউণ্টার ইরিটেশন" সম্পূর্ণ নিষিদ্ধ ; কেননা ইহা দ্বারা অনেকস্থলে অপকারই হইবার সম্ভাবনা।

বেদনা কমিয়া আসিলে পীড়িত স্থলের নিম্ন হইতে ঊর্দ্ধ পর্য্যন্ত সমভাবে ব্যাণ্ডেজ বাঁধিয়া পীড়িত স্থল একটু উচু করিয়া রাখা আবশ্যক। এইরূপে সর্ব্বত্র সমান চাপ ও অবলম্বন পাওয়াতে প্রদাহজনিত পদার্থনিচয় বিশোষিত হইয়া বিদূরিত হইতে থাকে এবং স্ফীতিও কমিয়া আইসে। এই অবস্থায় অঙ্গুয়েণ্টাম আইওডাইন, কিম্বা টিঞ্চার আইওডাইন অল্প অল্প পরিমাণে প্রয়ো-

জিত হইতে পারে। পীড়িত স্থল গরম ন্দলে অল্প অল্প প্লাপ্লিত করিয়া ধীরে ধীরে মুছাইয়া দেওয়া যাইতে পারে; শিশু যাহাতে সেই অঙ্গে কোনরূপে চাপ না লাগে, তদ্বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক, চাপ লাগিলে থ্রম্বোসিসের কিয়দংশ স্খলিত হইয়া এম্বোলিজ্‌ম উৎপাদন করিতে পারে।

রোগিনীর পথ্য সুপাচ্য অথচ পুষ্টিকর হইবে; তাঁহার পরিপাকশক্তির পরিমাণানুসারে তাহা প্রযুক্ত হওয়া আবশ্যক। পথ্যের সঙ্গে সঙ্গে স্বাস্থ্য-বিধায়ক অন্যান্য উপায় অবলম্বন করা যুক্তিযুক্ত।

সমাপ্ত।